

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le lundi 22 juillet 1895, à 1 heure

PAR

Jean B. GACHON

Né à Pont-du-Château le 8 mai 1866

Ancien externe des hôpitaux

Médaille de Bronze de l'Assistance publique

DE L'INTERVENTION CHIRURGICALE

DANS LES

CONTUSIONS DE L'ABDOMEN

President : M. TILLAUX, professeur.

*Juges : MM. { MONOD, professeur.
JALAGUIER ET LEJARS, agrégés.*

PARIS

L. BATAILLE ET C^{ie} ÉDITEURS

23 PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

—
1895

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895

THÈSE

N°

449

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le lundi 22 juillet 1895, à 1 heure

PAR

Jean B. GACHON

Né à Pont-du-Château le 8 mai 1866

Ancien externe des hôpitaux

Médaille de Bronze de l'Assistance publique

DE L'INTERVENTION CHIRURGICALE

DANS LES

CONTUSIONS DE L'ABDOMEN

President : M. TILLAUX, professeur.

*Juges : MM. { MONOD, professeur.
JALAGUIER ET LEJARS, agrégés.*

PARIS

L. BATAILLE ET C^{ie} ÉDITEURS

23 PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs.	MM.
Anatomie.	FARABEUF.
Physiologie.	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	{ DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale	{ DEBOVE.
Anatomie pathologique.	{ LANNELONGUE.
Histologie	{ CORNIL.
Opérations et appareils.	{ MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie	{ TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale	{ POUCHET.
Hygiène	{ LANDOUZY.
Médecine légale	{ PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	{ BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.	{ LABOULBENE.
	{ STRAUS.
	{ G. SEE.
Clinique médicale	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
	{ HAYEM.
Clinique des maladies des enfants.	{ GRANCHER.
Clinique des maladies syphilitiques.	{ FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	{ JOFFROY.
Clinique des maladies nerveuses.	{ RAYMOND.
	{ BERGER.
Clinique chirurgicale.	{ DUPLAY.
	{ LE DENTU.
	{ TILLAUX.
Clinique ophtalmologique.	{ PANAS.
Clinique des voies urinaires.	{ GUYON.
Clinique d'accouchements.	{ TARNIER.
	{ PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. SAPPEY, PAJOT et VERNEUIL.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ALBARRAN.	DELBET.	MARFAN.	RETTERER.
ANDRE.	FAUCONNIER.	MARIE.	RICARD.
BALLET.	GAUCHER.	MAYGRIER.	ROGER.
BAR.	GILBERT.	MENETRIER.	SCHWARTZ.
BRISSAUD.	GLEY.	NELATON.	SEBILEAU.
BRUN.	HEIM.	NETTER.	TUFFIER.
CHANTEMESSE	JALAGUIER.	POIRIER, chef des	VARNIER.
CHARRIN.	LEJARS.	travaux anatomiques	VILLEJEAN.
CHAUFFARD.	LETULLE.	QUÉNU.	WEISS.
DEJERINE.			

Secrétaire de la Faculté: M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans ses dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

A MES PARENTS

A MES MAITRES

A MES AMIS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553820_0065

AVANT-PROPOS

La question du traitement chirurgical des contusions de l'abdomen a soulevé récemment d'importantes discussions à la société de chirurgie.

Externe dans le service de M. Marchand, nous avons eu l'honneur d'y connaître M. le docteur Michaux qui, dans quelques communications nous a convaincu de la nécessité de l'intervention chirurgicale. Ce n'est pas sans quelque émotion que nous avons traité pareil sujet pour notre thèse inaugurale : car si l'intervention a pour elle d'ardents partisans, elle compte aussi des adversaires et non des moindres. Ce désaccord vient de ce qu'il n'est pas de critérium pouvant légitimer l'intervention du chirurgien. Mais les statistiques de l'abstention, les observations déjà publiées, celles que nous avons recueillies et la bénignité de la laparotomie exploratrice nous ont pleinement rassuré et nous croyons faire œuvre utile en soutenant que l'abstention est à rejeter et que dans presque toutes les contusions de l'abdomen observées en pratique civile il faut recourir à l'intervention.

Nous divisons notre travail en plusieurs chapitres.

Le premier contiendra des notions préliminaires sur l'étiologie des contusions de l'abdomen, l'anatomie et la physiologie pathologiques. Nous parlerons ensuite de l'évolution clinique de ces contusions et nous en discuterons le diagnostic.

Dans un deuxième chapitre après un résumé historique, nous essaierons de justifier l'intervention. Puis nous indiquerons les résultats de l'abstention et établirons un parallèle entre l'abstention et l'intervention.

Le troisième chapitre sera consacré aux indications et contre-

indications opératoires, aux qualités de l'intervention et à sa nature.

Enfin en un quatrième chapitre sera examinée la conduite à tenir dans les lésions des divers organes.

Mais avant d'entrer en matière nous voulons remercier nos maîtres des hôpitaux qui par leurs leçons quotidiennes ont pris à tâche de nous enseigner l'art de guérir.

Monsieur le docteur Comby a droit à tous nos hommages ; il nous a convaincu qu'il ne suffit pas d'être clinicien pour être praticien, qu'il faut quelque chose de plus ; aimer ses malades.

Messieurs les docteurs de Beurmann et Oulmont voudront bien recevoir nos remerciements pour l'honneur qu'ils nous ont fait en nous acceptant comme externe dans leur service.

A notre cher maître Monsieur le professeur agrégé Marchand près duquel nous avons passé plus d'une année, nous adressons le témoignage de notre vive reconnaissance pour son enseignement. Il nous a montré qu'il ne faut pas tout abandonner de l'ancienne méthode et qu'opérer vite est une qualité maîtresse du chirurgien.

Monsieur le docteur Lejars dont nous avons fait l'heureuse connaissance dans le service de Monsieur Marchand a droit à notre gratitude pour nous avoir inculqué les principes absolus de l'antisepsie.

Monsieur le docteur Michaux sait combien nous lui sommes redevable de nous avoir inspiré ce travail et de nous avoir aidé de ses conseils.

Nous n'avons garde d'oublier Monsieur le docteur Renault pour son bienveillant accueil dans son service.

Que Monsieur le professeur Pinard soit persuadé de notre reconnaissance ; nous n'oublierons pas les mois trop courts passés à la clinique Baudelocque. Nous le remercions de ses leçons et de son enseignement aussi précis que scientifique.

Monsieur le professeur Tillaux nous fait grand honneur en acceptant la présidence de notre thèse : Nous saurons ne pas en perdre le souvenir.

NOTIONS PRÉLIMINAIRES

ÉTIOLOGIE

La contusion de l'abdomen est la conséquence d'un choc plus ou moins violent sur la paroi abdominale non ouverte, que ce choc ait borné son action aux parois de la cavité abdominale ou qu'il ait produit des lésions d'un ou de plusieurs organes sous-jacents.

Quel que soit le cas, les notions étiologiques sont de la plus grande importance au point de vue du traitement.

Nous devons tenir compte de la nature du corps contondant, de sa force de propulsion, de la direction du choc, de l'attitude du blessé au moment de l'accident et de l'état de son tube digestif. De ces connaissances nous pourrions nous faire une idée de l'intensité du traumatisme.

1° Quelle est donc la nature du corps contondant ?

La contusion provient-elle d'un coup de pied de cheval ; d'un coup de pied d'homme ; d'un heurt par timon de voiture ; de coup de bâton ; d'un éclat d'obus ; d'une chute sur le ventre, le corps étant agent actif de contusion ; d'une compression de l'abdomen par une roue de voiture ; de manœuvres de taxis maladroites et forcées en cas de hernie étranglée, manœuvres déterminant une ou plusieurs déchirures de l'intestin ?

2° En ce qui concerne la force de propulsion, on devra s'appliquer à connaître la vitesse qu'avait le corps contondant et la force avec laquelle il était lancé.

Si le dommage a été causé par une roue de voiture, il importe de savoir si le véhicule était léger ou pesant, chargé ou vide et quelle était sa vitesse au moment du choc.

Est-ce un individu qui fait une chute? alors de quelle hauteur est-il tombé et sur quel objet? Les angles de cet objet étaient-ils arrondis ou pointus?

3° Pour ce qui a trait à la direction du choc, il faut s'enquérir si elle a été parallèle, oblique ou perpendiculaire à l'abdomen.

Nous savons que,

(a) *parallèle* à l'abdomen, elle n'occasionne que rarement des lésions viscérales.

(b) *oblique*, elle cause des lésions plus fréquentes.

(c) *perpendiculaire*, elle intéresse souvent les organes intra-abdominaux en les lésant.

Il est, en effet, démontré que dans ce dernier cas le refoulement de la paroi est immédiat et que les viscères n'ayant pas le temps de se déplacer reçoivent le choc avec toute sa violence.

4° Il faut soigneusement rechercher quelle était l'attitude du blessé au moment de l'accident.

Son corps était-il appuyé contre un plan résistant? Au contraire a-t-il pu fuir devant le choc par un mouvement instinctif de recul?

5° On ne devra pas négliger de s'enquérir de l'état du tube digestif au moment du choc. L'intestin était-il en état de réplétion, était-il vide, ou contenait-il une certaine quantité de matière et de gaz?

Toutes ces notions étiologiques sont d'une extrême importance. Et jamais on ne devra les négliger.

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUES

Sur la paroi abdominale on peut rencontrer une simple strie linéaire peu marquée, (c'est le propre des contusions par fouettement) des épanchements sanguins plus ou moins étendus sous-épidermiques, intra-épidermiques, sous cutanés.

Disons bien vite « que l'état de la paroi abdominale n'indique en rien l'état des viscères, » (Tillaux).

Il y a aussi des épanchements sous-péritonéaux. Mais, c'est le plus souvent dans l'épaisseur du fascia superficialis qu'on rencontre les collections de sang. « Les épanchements sous-péritonéaux, dit M. Jalaguier, dans son article contusion de l'abdomen du *Traité de Chirurgie* ont des sièges de prédilection : les flancs et les régions postérieures, au-devant du carré des lombes et du psoas ; mais surtout la région sous-ombilicale et plus spécialement la cavité prévésicale de Retzius ».

Que deviennent ces épanchements ? Quand ils sont peu volumineux ils se résorbent. Ils se résorbent aussi le plus souvent quand ils sont étendus. Mais il faut bien considérer que cette résorption peut ne pas se faire. Il se forme alors des épanchements sanguins séro-cutanés ou des hématomes intra-musculaires qui vous donnent le change puisqu'on les a pris pour des tumeurs.

Il ne faut pas oublier que l'on a signalé des péritonites septiques compliquant des épanchements sanguins intra-musculaires et sous-péritonéaux sans aucune lésion d'organes.

Rarement il y a mortification des tissus contus et élimination d'eschare. En ce cas l'infection est à redouter et la gravité de cette complication indique naturellement que l'on doit redoubler de surveillance.

EVOLUTION CLINIQUE

Dans presque tous les cas de contusion de l'abdomen il faut signaler :

1° Une période de choc traumatique plus ou moins grand. Il y a syncope ou tendance à la syncope. Le pouls est petit, irrégulier, peu fréquent. L'impulsion cardiaque diminue légèrement; on constate de l'hypothermie. Le malade éprouve une douleur locale fort vive. Les extrémités se refroidissent et sa pâleur devient fort manifeste en cas d'hémorrhagie abondante. Il a parfois des vomissements, du hoquet. Malgré l'altération de ses traits, l'excavation de ses yeux cerclés de noir, la connaissance du blessé est habituellement complète.

La commotion des nerfs abdominaux se propageant dans les cordons nerveux explique l'état de stupeur où le blessé se trouve, état qui peut aller jusqu'à la prostration.

L'hypothèse de Beck voulant qu'il y ait commotion de la moelle est inutile pour expliquer ce phénomène. La commotion de la moelle provoquerait la paralysie des membres inférieurs, fait indiqué dans aucune observation.

Gardons-nous de supposer que l'intensité du choc peut signifier lésion d'un organe interne. Provoquée par la commotion nerveuse, cette intensité varie selon la constitution de chaque individu. D'ailleurs nous constatons à la lecture de plusieurs observations, incluses en notre thèse, que le choc a fait défaut ou n'a été que très léger, alors que le contus avait des lésions graves d'organes importants. On aurait tort aussi de croire que l'intensité du choc est en rapport avec l'intensité du traumatisme.

2° Une période de réaction.

D'une heure à trois heures après l'accident, l'état du malade change généralement.

Le poulx redevient souple, assez fort, mais reste irrégulier. On compte de 75 à 80 pulsations à la minute. La température se relève et le thermomètre marque de 37°3 à 37°6. Le malade est plus calme, ses traits offrent moins de trace d'altération et son état lui semble de plus en plus satisfaisant.

La région qui fut le siège du traumatisme est toujours douloureuse, mais elle l'est moins que dans la première période néanmoins cette douleur est toujours exagérée par la palpation. Il n'y a pas de tympanisme, mais au contraire, un peu de matité à la percussion, matité due à l'état de la paroi ou encore à l'épanchement sanguin produit par la contusion.

On n'observe pas de ballonnement du ventre. Les vomissements, le hoquet qui pouvaient exister dès le début de la contusion ont cessé.

Cette deuxième période qui dure de la troisième ou quatrième heure à la quinzième ou vingtième heure est la dernière qu'on observe dans les cas bénins et légers de contusion abdominale.

3^e Période des accidents péritonéaux.

Mais dans les cas graves, on observe une troisième période dite période de réaction péritonéale. Le malade a des nausées et des vomissements plus ou moins abondants, mais non en rapport avec l'étendue des lésions. La température s'élève parfois de 37°8 à 38°3. Cette élévation est assez fréquente pour que le chirurgien s'applique à la rechercher.

On n'observe pas généralement de ballonnement du ventre.

Les symptômes se succèdent et s'accroissent rapidement. Les nausées sont plus fréquentes, les vomissements verdâtres et porracés augmentent en exagérant de plus en plus la douleur abdominale. On constate une croissante altération des traits du malade dont les yeux s'excavent de plus en plus. Il y a de la sécheresse de la langue et le blessé se plaint d'une soif ardente.

Le poulx, d'abord petit, fréquent, irrégulier, devient bientôt incomptable.

La température baisse de plus en plus ; les extrémités

se refroidissent ; c'est le collapsus aboutissant à la mort.

Telle est généralement l'évolution clinique de la contusion de l'abdomen.

Mais il n'en est pas toujours ainsi. Entre le choc traumatique et les accidents péritonéaux, la marche des symptômes est souvent si rapide que l'on n'observe pas la deuxième période. Le malade peut alors mourir dans les quinze heures qui suivent la contusion.

D'autres fois, au contraire, la période du choc traumatique se prolonge et dure dix heures, quinze heures, même plus.

En d'autres cas la deuxième période peut durer quarante-huit heures et plus. Aussi le malade rassuré se félicite-t-il d'avoir refusé l'intervention, mais quatre ou cinq jours après surviennent les symptômes de péritonite que la mort suit.

Il se peut enfin que la première période n'offre pas de signe bien manifeste. Le malade après une légère syncope ou un étourdissement passager reprend ses occupations. Ce n'est qu'après un laps de temps fort variable, d'une heure à un jour, d'un à trois jours, que se déclare la péritonite amenant la mort.

En consultant les observations du mémoire de M. Chavasse, on remarquera la fréquence des cas, où tels blessés gravement atteints peuvent marcher, monter à cheval sans qu'aucun symptôme révélateur n'apparaisse avant quelques heures, parfois quelques jours.

Nous ne faisons que mentionner les cas où l'apparition des accidents n'arrive que fort longtemps après la contusion, vingt jours et plus.

Ainsi que nous le verrons, il s'agit alors d'une lésion de l'intestin, d'une perforation secondaire due à la chute d'une eschare produite au moment de la contusion.

DIAGNOSTIC

Quand il est appelé près d'un malade qui vient de subir une contusion de l'abdomen, le chirurgien peut se trouver en présence de divers cas :

Un seul ou plusieurs organes intra-abdominaux sont-ils lésés ? Quel est ou quels sont ces organes ? Le malade souffre-t-il d'une simple contusion, ou mieux d'une commotion plus ou moins intense de ces organes ? Le choc enfin a-t-il borné son action à la seule paroi abdominale ?

Nous allons voir combien il est difficile de répondre avec netteté à ces différentes questions.

Les notions étiologiques et l'intensité du traumatisme seront d'abord soigneusement déterminées.

Nous nous demanderons ensuite quel est l'organe lésé.

(a) Si c'est le foie qui est contus ou déchiré, disent les auteurs, il y aura douleur de la région hépatique avec irradiation vers l'épaule droite, rarement ictère.

Mais quand y a-t-il contusion simple, quand y a-t-il déchirure ? Est-ce la douleur plus ou moins grande qui nous permettra de résoudre ce problème ? Mais elle est d'une intensité relative aux individus. Tiendrons-nous compte de l'apparition des symptômes généraux ? Non, car ils sont presque toujours bien tardifs.

Et la preuve, que le diagnostic reste souvent incertain, nous est fournie par les deux observations de contusion du foie que nous reproduisons au paragraphe des lésions spéciales à cet organe (nos 67 et 61). Dans la première de ces observations, on crut à un épanchement sanguin, alors qu'à l'autopsie après

intervention tardive on trouva une déchirure du lobe droit du foie, déchirure longue de six pouces, épaisse de deux et en voie de cicatrisation.

Dans la deuxième on crut à une lésion rénale à cause de l'hématurie. La laparotomie fit découvrir une large déchirure du foie de trois pouces de long.

(b) Y a-t-il déchirure de la vésicule biliaire ?

M. Bouilly est d'avis que l'on doit se baser pour l'exclure ou l'admettre :

1^o sur cette notion qu'un traumatisme déchire rarement une vésicule saine.

2^o sur la présence ou l'absence de bile dans les vomissements (la bile dans les matières vomies indiquant que la vésicule n'est pas déchirée).

Mais, si avant l'accident les calculs biliaires de petit volume n'ont déterminé aucun phénomène morbide, comment avoir connaissance, même présomption, de l'état antérieur de cette vésicule ?

En ce qui concerne la présence ou l'absence de la bile dans les vomissements, ceux-ci sont à tel point inconstants pendant les deux premières périodes de l'évolution clinique qu'on ne peut s'y fier. Et s'ils ne se produisent qu'à la période de réaction péritonéale, l'intervention est d'une utilité plus que contestable.

Par notre observation (n^o 72) on peut voir combien le diagnostic est encore incertain dans ce cas, puisque deux jours après l'accident le chirurgien appelé, constatant une légèreté matité à droite et au-dessus du cœcum, crut à une pérityphlite. La ponction exploratrice permit de retirer un liquide jaune rougeâtre qu'on reconnut être de la bile. La laparotomie, faite immédiatement après, permit de trouver une vésicule biliaire rompue, affaissée et entourée d'adhérences conjonctives.

(c) Le diagnostic est encore bien plus difficile à soupçonner s'il s'agit de lésions de la rate. La contusion à l'hypochondre gauche, un maximum de douleur à ce niveau indiquent bien faiblement une lésion de cet organe. On a signalé comme indice de diagnostic les symptômes d'hémorrhagie interne très rapides

dans leur évolution ; c'est vrai quelquefois, mais cette rapidité d'évolution de l'hémorrhagie n'est pas constante.

L'observation n° 82 le prouve suffisamment :

(d) Quant aux reins et à la vessie, leurs lésions paraissent à la plupart des auteurs, plus faciles à reconnaître. A les entendre, s'il tient compte du point où siège le traumatisme, s'il note la présence du sang dans les urines, le chirurgien pourra nettement établir un diagnostic.

Nous l'admettons dans nombre de cas. Mais, y a-t-il lésion grave du rein, de l'uretère ou de la vessie, ou se trouve-t-on en présence d'une contusion simple ou encore d'une déchirure de la muqueuse d'un de ses organes ?

Dans ces cas, en effet, on trouve indistinctement du sang dans les urines ; ce qui égare le diagnostic. Qu'on lise pour s'en convaincre ces quelques lignes d'observation que je dois à M. Sieur :

« J'ai observé tout dernièrement un cas sérieux semblant comporter une intervention hâtive pour rupture de la vessie. Fort heureusement il n'y avait eu qu'éraillure de la muqueuse vésicale ; et l'hématurie et l'oligurie, symptômes que présentait le malade disparurent par le repos et le traitement médical. »

Citons encore la deuxième observation que nous avons relatée à propos du diagnostic des déchirures du foie ; se basant sur la présence d'une hématurie persistante on avait cru à une lésion rénale. On constata seulement une déchirure du foie.

(e) « Quant aux ruptures des gros vaisseaux, aorte, veine cave, vaisseaux rénaux ou mésentériques, l'hémorrhagie est si violente qu'on n'a pas le temps de poser un diagnostic. » (Jalaguier).

(f) Les voies digestives sont-elles lésées ?

1° On aura bien rarement l'occasion de diagnostiquer une lésion de l'estomac.

Les vomissements sanglants pourraient y faire croire ; mais pour ne pas être induit en erreur, il faut se souvenir que ces hématémèses peuvent être dûes à une éraillure de la muqueuse.

Le coup porté sur l'estomac en état de réplétion serait un bon indice : mais il sera discutable. à moins d'ecchymoses cuta-

nées, le blessé se souvenant mal du point précis atteint par le choc.

2^o Lésions de l'intestin.

Mais c'est surtout pour les lésions de l'intestin qu'il y aura incertitude du diagnostic.

Il est même d'une difficulté si grande qu'il dérouté souvent le chirurgien. Il peut arriver quelquefois que ce dernier prenne une lésion de l'intestin pour celle d'un autre organe de la cavité abdominale. Le diagnostic (lésion d'organe) commande l'intervention et il n'y aurait pas grand mal à commettre cette erreur.

Ce qu'il importe au clinicien de rechercher au point de vue diagnostic c'est :

S'il y a contusion simple de la paroi abdominale seule, ou accompagnée de contusion simple de l'intestin sans que ce dernier soit lésé, ou enfin s'il y a contusion avec lésion.

Schoc. L'intensité du choc, résultat d'un traumatisme, est, nous le savons, un signe insignifiant, puisqu'il n'est pas en rapport avec les lésions d'un organe.

« Lorsqu'au contraire dit M Chavasse le choc se prolonge même à un faible degré, que la face reste pâle, le pouls petit et rapide, que la température oscille autour de la normale faisant contraste avec la rapidité du pouls et l'accélération des mouvements respiratoires il y a sûrement lésion viscérale. »

D'abord il faudrait faire le diagnostic différentiel et établir quel est l'organe lésé.

Quoiqu'il en soit, nous avouons, volontiers, que ce tableau clinique que nous venons de citer est vrai dans certains cas. Il l'est surtout dans les très gros traumatismes : il l'est fréquemment, mais non toujours, dans les lésions de la rate avec grosse hémorrhagie ; il l'est encore dans les très larges blessures du foie, les déchirures considérables du rein, et enfin dans les lésions multiples d'organes. Alors la deuxième période que nous avons étudiée en notre évolution clinique ne se produit pas généralement

et le choc se continue avec tendance de plus en plus prononcée au collapsus jusqu'à la terminaison fatale.

Il n'en n'est pas ainsi quand il s'agit de lésions moins graves : car la période de choc cesse après une durée de deux à quatre heures ; et vient ensuite la deuxième période, période de réaction de l'individu. D'ailleurs, il ne faut pas oublier que ce choc, résultat d'une commotion nerveuse peut durer, rarement, il est vrai, plus de 24 heures, et le chirurgien qui attacherait une grande importance à ce symptôme de prolongation du choc de début, pourrait être induit en erreur. Citons à l'appui de notre dire, le cas de Beck où les symptômes de commotion du début durèrent cinq jours avec un pouls stationnaire entre 40 et 48 pulsations. Le malade qui avait reçu un coup au creux épigastrique, guérit parfaitement.

Mais revenons à l'intestin. C'est surtout pour les lésions de cet organe que le symptôme, prolongation du choc n'a pas la valeur que semble lui attribuer M. Chavasse.

Après la première période dont nous avons fixé approximativement la durée, vient la deuxième période, période de fausse sécurité. Et le tableau clinique de M. Chavasse, cité quelques lignes plus haut, n'est exact dans la majorité des lésions de l'intestin qu'au début de la péritonite.

Pour nous résumer : dans la plupart des lésions de l'intestin, le choc ne se prolonge pas et la période de calme se produit.

Le symptôme, *vomissement*, nous permettra-t-il d'affirmer le diagnostic ? Le plus souvent les vomissements ne se produisent pas durant les 20 premières heures qui suivent l'accident. Les deux ou trois nausées que l'on observe immédiatement après le traumatisme n'ont aucune signification.

Et les vomissements persistants qui seuls pourraient nous mettre sur la voie du diagnostic sont tardifs et veulent dire presque toujours péritonite.

Tiendra-t-on compte du collapsus progressif ?

Il accompagne souvent les lésions très graves, mais ne survient dans la majorité des cas qu'au moment de la réaction péritonéale.

Les mêmes considérations sont applicables à la *température ascendante*, contrastant avec la *rapidité du pouls* et l'*accélération de la respiration*. Soyons persuadés que presque toujours ces trois éléments importants de diagnostic ne se montrent qu'au début de la péritonite.

Aussi tardif est en général le *météorisme abdominal*.

Que dire de la *présence du sang dans les selles* ? c'est là un symptôme d'une rareté clinique bien grande, la constipation étant la règle. Mais s'il se produit des selles mêlées de sang, on possède un indice presque certain d'une lésion sérieuse. Enfin, la *réten-tion d'urine* n'est-elle pas la preuve absolue d'une blessure grave d'un organe intra-abdominal ? C'est un symptôme peu rare des contusions de l'abdomen sans doute ; mais ce symptôme est aussi fréquent dans les traumatismes légers que dans les chocs graves. Il perd par cela même de sa valeur indicative. D'ailleurs il ne se produit même pas toujours dans les cas de contusion grave, ainsi que le montre l'observation ci-jointe.

OBSERVATION n° 1. — *Rupture de l'intestin*. — (Thèse de BALLADUR, 1893).

Félix K..., âgé de 35 ans, reçoit le 3 octobre 1894, un coup de pied de cheval dans l'abdomen. Le blessé tomba à la renverse et resta quelques minutes immobile ; tendance à la syncope, nausées sans vomissements ; pourtant il ne perdit pas connaissance et rentra chez lui à cheval. Là il eut quelques vomissements bileux et alimentaires et rendit un caillot de sang du volume d'un petit œuf de pigeon. On le transporta de suite à l'hôpital.

Facies bon, traits nullement tirés. Pouls plein, fort et peu rapide (80 pulsations par minute). Dans la région ombilicale ecchymose violacée peu considérable, qui dessine un fer à cheval.

L'abdomen est plat, rétracté, peu douloureux sauf au point où s'est produit le traumatisme. Pas de selle, en une fois 200 gramme d'urine. La percussion donne une sonorité normale en tous les points.

L'état général paraissant bon, aucune intervention n'est considérée comme urgente.

Décubitus horizontal, diète absolue, quelques morceaux de glace pour calmer sa soif. 20 gouttes de laudanum lui sont administrées dans un julep. Sur le ventre une épaisse couche d'ouate est appliquée afin d'immobiliser la paroi.

Deux heures après, les vomissements reparaissent, bileux d'abord porracés ensuite, exagérant les douleurs abdominales.

Le visage devient pâle, les traits sont tirés, les yeux s'excavent, les commissures sont abaissées, les joues ridées, le malade présente en un mot le facies péritonéal. Le pouls devient fréquent, au lieu d'être fort et résistant comme précédemment, il devient plus petit et s'écrase sous la pression du doigt ; il est dépressible.

Le ventre de plat et rétracté qu'il était devient légèrement ballonné ; la sonorité est exagérée. Les douleurs se généralisent à toute l'étendue de l'abdomen.

L'état du blessé s'aggrave ainsi progressivement, et douze heures environ après l'accident, il meurt dans le collapsus.

Autopsie. On trouve la paroi abdominale, dans le point où eut lieu le traumatisme, infiltrée de sang noir qui était surtout abondant dans la partie superficielle des muscles grands droits de l'abdomen.

Le péritoine contenait un liquide louche, assez abondant, jaunâtre et paraissant formé en grande partie par le contenu intestinal. Nous y trouvons de plus quelques caillots de sang ; mais rares et très peu nombreux.

Immédiatement derrière la partie contuse de la paroi abdominale nous trouvons une anse intestinale lésée : voici les caractères anormaux qu'elle présente : Sur une étendue de trois centimètres parallèlement à l'axe de l'intestin et sur toute la largeur du tube intestinal, nous constatons les symptômes d'une contusion violente ; cette partie est violacée, infiltrée de sang, et à la coupe nous voyons que son épaisseur est au moins doublée par l'infiltration sanguine.

Au centre de cette plaque il existe une déchirure à bords irréguliers, déchiquetés et d'ailleurs très petite : elle n'a que quelques millimètres de large sur 8 millimètres de long. Elle traverse la paroi intestinale dans toute son épaisseur et est dirigée transversalement par rapport à l'axe du corps et parallèlement à celui de l'intestin.

L'intestin enlevé, on trouve au devant de la colonne lombaire une infiltration sanguine assez considérable, une ecchymose large comme la main.

Voilà donc un blessé dont aucun symptôme n'aurait pu nous faire croire à une perforation intestinale et c'est ce même blessé qui meurt

d'une péritonite à marche suraiguë, à évolution foudroyante. Une *intervention précoce*, eut permis pourtant d'éviter cette terminaison fatale.

N'avons nous pas *la douleur* pour nous servir de guide, la douleur fixe en un point limité de l'abdomen ? D'abord elle existe, avec une intensité plus ou moins grande c'est vrai, dans presque tous les traumatismes bénins ou graves, et presque toujours aussi elle est bien *limitée*. Seule, elle ne peut indiquer au chirurgien la conduite à tenir. Nous reconnaissons bien volontiers cependant qu'elle est un indice sérieux pour l'opérateur sans que celui-ci puisse en affirmer sûrement le diagnostic de lésion grave d'un organe.

Enfin que dirons-nous des *moyens expérimentaux* mis en pratique par M. Moty et par M. Senn ?

« Si, dit M. Moty, c'est la partie supérieure de l'intestin grêle qui a été lésé, vous le reconnaîtrez au signe suivant : douleurs vives et altération des traits quelques secondes après l'absorption d'un liquide ».

Nous n'avons pas expérimenté cette méthode de diagnostic mais nous ne pouvons l'admettre. En effet, M. Moty prétend ne pouvoir utiliser cette pratique que dix heures après la contusion. Or, fréquemment, dix heures après un traumatisme violent la péritonite a déjà éclaté.

Comme de l'avis de la plupart des auteurs le *tympanisme* est un symptôme pathognomonique de lésion grave (malheureusement très inconstant, et le plus souvent symptôme d'apparition de la dernière heure), l'idée est venue à M. Senn de le faire naître artificiellement en insufflant de l'air dans le rectum des blessés. Nous n'avons pas connaissance des résultats que cette méthode a donnés à son auteur. Nous ne savons pas qu'elle ait été employée par beaucoup de chirurgiens ; mais il nous semble que ce moyen de diagnostic qui doit être efficace surtout dans les perforations de la terminaison du tube digestif est d'une utilité plus que contestable pour les lésions des parties supérieures de cet organe.

Que ressort-il des considérations diagnostiques précédentes ?

C'est que, comme le dit M. Jalaguier, « à part les cas (peu nombreux) caractérisés nettement, et pour lesquels un diagnostic précoce et exact est habituellement possible, le diagnostic reste en suspens dans la grande majorité des traumatismes de l'intestin jusqu'à l'explosion des phénomènes de péritonite, qui n'offrent eux-mêmes aucune régularité, ni dans leur apparition, ni dans leur marche ; et même alors, on risque de se tromper, car s'il est établi que toute rupture implique la péritonite, toute péritonite n'implique pas nécessairement la rupture. Il est donc interdit, conclut cet auteur, de chercher à donner une formule s'appliquant au diagnostic des degrés divers des lésions intestinales ».

La plupart des chirurgiens partagent cette manière de voir. Citons à ce propos un paragraphe des leçons cliniques de M. le professeur Tillaux (*Gaz. des Hôpit.*, 7 déc. 1886) : « La contusion viscérale ne se traduit pas toujours par des signes bien manifestes. En voici un exemple : J'étais chirurgien de l'hôpital de Lariboisière et je faisais un matin la consultation externe aidé de l'un de mes internes. Un homme se présente prétendant avoir reçu un coup de pied dans l'abdomen. L'interne examine et ne découvrant aucune trace de lésion, s'apprête à le renvoyer. Je lui fais alors observer qu'il a tort, que le malade est peut-être plus sérieusement atteint qu'il ne le croit et je donne à cet homme un billet d'admission. Or, quatre jours après, sans que rien jusque-là fit soupçonner de complication, survint une péritonite suraiguë qui l'emporta rapidement »

Écoutons M. Moty : « Ce qui met le doute dans les esprits, et ce qui cause les divergences des chirurgiens, c'est la difficulté du diagnostic ». (*Archives de médecine et de pharmacie militaires*, mars 1891).

Dans une communication qu'il a l'obligeance de nous faire, M. Sieur nous dit, après citation de deux cas de contusion de l'abdomen avec mort, qu'une intervention malheureusement non indiquée avec précision aurait pu sauver les deux blessés. Et il ajoute : « Ce qui nous manque, c'est le signe clinique in-

discutable, nous permettant d'affirmer aussitôt après le traumatisme, qu'il y a ou non lésion intestinale ».

Nous ne pourrions mieux terminer ce chapitre qu'en citant les conclusions du dernier mémoire de M. le docteur Michaux.

1° « Les lésions des viscères dans la contusion abdominale ne sont pas toujours comme on pourrait le croire proportionnelles aux causes qui les ont produites.

2° Il n'existe dans les 24 premières heures aucun signe certain, aucun type clinique dénotant une lésion viscérale grave et particulièrement une déchirure de l'intestin ».

HISTORIQUE

C'est Jobert de Lamballe qui, le premier en 1829, dans son traité « des maladies chirurgicales du canal intestinal » parle nettement de l'indication de l'intervention.

« Dans le cas, dit-il, où les accidents feraient des progrès, où les jours du malade seraient en danger, faudrait-il, comme le conseille Brayer mettre l'intestin à découvert et employer les moyens chirurgicaux ? Je le pense, surtout si le cas étant désespéré, on avait le moindre soupçon du siège de la plaie ».

Il nous faut arriver en 1844 pour trouver une nouvelle et précise affirmation de l'opportunité de l'intervention : « puisque, dit Baudens la mort est la terminaison nécessaire des blessures de ce genre, pourquoi, au lieu de s'en tenir à des remèdes presque inutiles ne pas aller à la recherche de l'intestin lésé en incisant les parois abdominales dans le point correspondant à celui où on présume qu'existe la perforation ? » Cette indication se retrouve ensuite dans les mémoires de presque tous les chirurgiens qui se sont occupés des ruptures de l'intestin. Mais effrayés par une opération qui passait à juste titre avant la découverte de la méthode antiseptique pour être d'une gravité

exceptionnelle, aucun de ces chirurgiens n'eut la hardiesse de passer de la théorie à la pratique.

C'est en 1883 que fut faite la première laparotomie pour une lésion présumée de l'intestin dans un cas de contusion : M. Bouilly ouvrit l'abdomen, trouva les lésions soupçonnées, fit une résection d'une partie d'anse intestinale et sutura les deux bouts de l'intestin.

Nous donnons plus loin le résumé de cette observation si intéressante. Elle a fait l'objet d'un rapport de M. le professeur Berger à la Société de Chirurgie, rapport dont les conclusions, favorables à l'intervention, furent approuvées par les membres de cette société.

La question était posée, et depuis, un certain nombre de travaux ont paru sur ce sujet.

A l'étranger signalons les mémoires de Beck et sa statistique en Allemagne, les travaux de Th. Morton, Croft, Makensie et Bryant, en Angleterre et en Amérique.

En France c'est d'abord le mémoire très complet de M. Chavasse en 1883, puis les travaux de M. Moty, nov. 1890 et fév. 1891, celui de M. Wassilief sur le traitement des lésions traumatiques de l'abdomen. La thèse de M. Adler est de 1892 ainsi que l'article de M. Jalaguier (in traité de chirurgie Duplay et Reclus); le travail de M. Boiffin a été communiqué au 7^e congrès de chirurgie en 1893 et celui de Sieur est dans les archives générales de médecine (mai-juin-juillet 1893).

Citons encore les communications de MM. Gross, Vautrin et Février à la Société de médecine de Nancy en 1894, et les recherches expérimentales de MM. Février et Adam.

Signalons pour terminer cet aperçu historique les importantes communications faites à plusieurs reprises à la Société de chirurgie par M. le docteur Michaux, la discussion de son dernier mémoire, discussion à laquelle ont surtout pris part MM. Delorme, Chaput et Quenu.

Nous aurons tout dit à ce point de vue, quand nous aurons mentionné les observations de MM. Nélaton et Lejars et la leçon clinique faite sur ce sujet par M. le professeur Tillaux, leçon re-

cueillie et publiée par M. Guillet interne du service (n° du mardi 7 déc. 1886, *Gaz. Hôpit.*)

Il semblerait que ces nombreux travaux aient pu faire la lumière sur l'opportunité ou la non-opportunité de l'intervention chirurgicale et définir exactement les cas où la laparotomie est nettement indiquée. Il n'en est rien, et les discussions les plus nombreuses sur ce sujet n'ont servi souvent qu'à montrer les différentes opinions des chirurgiens. Les uns ne veulent pas opérer sans avoir posé un diagnostic ferme de lésion grave ; les autres devant les difficultés du diagnostic, l'incertitude de la clinique résolvent la question de l'intervention par l'affirmative. Nous nous rangeons à cet avis et croyons l'intervention justifiée, mais par quoi l'est-elle ?

JUSTIFICATION DE L'INTERVENTION

Cette intervention est justifiée :

D'abord par l'intensité du traumatisme.

Si le choc a été très intense, surtout si la position du blessé était telle que, pris entre deux forces, il n'ait pu se dérober, il y aura tout lieu de supposer une lésion grave d'un organe de la cavité de l'abdomen. Ce qui revient à dire que *le plus souvent* la présence des lésions est en rapport avec l'intensité du traumatisme.

C'est du moins ce qui résulte de la fréquente observation de cette notion étiologique.

Voilà un tableau qui vient à l'appui de notre affirmation.

Au point de vue étiologique, les faits que nous rapportons ajoutés à ceux que M. Chavasse relate dans son mémoire (*In archives de med. et de Pharm. militaires*, 84) se décomposent de la manière suivante :

56 contusions par coups de pied de cheval :

33 écrasements par une roue de voiture ;

- 18 contusions par coups de pied d'homme ;
- 9 chutes sur le sol de hauteur d'homme, le corps tombant parfois sur un objet contondant ;
- 9 heurts par timon de voiture ;
- 8 chutes sur le sol de hauteurs variables ;
- 7 contusions par éclats d'obus ;
- 4 tamponnements par wagon ;
- 2 contusions déterminées par une tentative violente de taxis ;
- 2 fois, le contus a été comprimé entre un mur et une voiture ;
- 1 contusion motivée par un bandage herniaire ;
- 1 choc violent par une poutre tombant sur le ventre du sujet observé ;
- 1 coup de marteau lancé par un forgeron maladroit sur l'abdomen de l'un de ses compagnons ;
- 1 chute sur le ventre dans des conditions particulières, le sujet portant un pesant fardeau ;
- 1 détente violente de la barre du gouvernail d'un bateau ;
- 1 contusion par une balle.

Toutefois on aurait tort de croire que cette intensité du traumatisme est d'une valeur *absolue*. Les cas ne manquent pas en effet où une lésion grave d'un organe a suivi un léger traumatisme. Nous n'en voulons pour preuve que le cas de M. Gross dont l'observation est citée plus loin : Un homme de 62 ans se promenant le soir dans un jardin de Nancy fait une chute sur un des petits arceaux en fer qui bordent les pelouses : le lendemain matin une péritonite s'était déjà déclarée, et M. Gross, appelé à six heures du soir seulement, trouva après une intervention, funeste parce que tardive, une déchirure de l'intestin grêle avec péritonite généralisée.

Nous serons convaincu aussi de la nécessité de la laparotomie si nous avons en mémoire la gravité des lésions qui peuvent résulter d'une contusion de l'abdomen ; si nous nous souvenons de la susceptibilité particulière des organes contenus dans sa cavité et de l'extrême fragilité de la plupart d'entre eux.

Mais, m'objectera-t-on, allez-vous donc intervenir sans avoir cherché à établir un diagnostic ?

Ce n'est pas là notre pensée. Les leçons quotidiennes et les exemples de nos maîtres, soucieux de l'existence de leurs ma-

lades, ne nous ont pas habitué à agir avec un pareil empressement, certes bien condamnable. L'on est trop porté à lancer cette accusation contre les partisans de la laparotomie.

Non, jamais, en présence d'un malade qui vient de recevoir un choc au ventre, nous ne prendrons aussitôt le bistouri pour intervenir sans examen préalable.

Nous ferons au contraire une enquête aussi minutieuse que possible sur l'accident : le moindre indice ne devra pas nous échapper, nous entourerons le malade d'une surveillance de tous instants, et tiendrons compte des symptômes qui peuvent se présenter, du pouls, de la température, etc.; en un mot nous ferons une attentive observation du sujet qui pourrait être blessé.

Mais nous avons vu quelles sont les difficultés du diagnostic et combien il est impossible parfois de différencier avant les 24 premières heures les cas graves et les cas légers. Nous avons montré quelle est l'incertitude de la clinique et combien dans nombre d'observations, surtout dans les lésions intestinales, on rencontre rarement un ou plusieurs symptômes qui puissent guider l'opérateur.

Qu'on relise notre paragraphe consacré au diagnostic si l'on veut se convaincre de cette vérité.

Si sous prétexte de manque ou d'insuffisance de diagnostic nous sommes tenté de ne pas intervenir, souvenons-nous de quelle gravité est le pronostic en cas de lésions d'organes : le blessé qui après la période de choc paraît bien portant, qui souvent même reprend ses occupations est peut-être voué à une fin prochaine. La plus légère perforation de l'intestin déterminera une péritonite et faute d'intervention, nous aurons laissé périr un malade qui nous est confié.

Nombreux sont les faits où l'apparente sécurité du malade a trompé, le chirurgien dans son diagnostic et où le blessé a trouvé la mort.

Citons à l'appui de notre affirmation les deux observations suivantes, relatées dans le mémoire de Chavasse.

Holland donne l'histoire d'une fillette de 11 ans qui tombe sur

le bord d'une marche d'escalier, se relève, remonte chez elle, vomit le contenu de son estomac et vaque ensuite à ses petites occupations sans se plaindre, éprouvant seulement de la soif. Le lendemain à midi, elle descend seule et se plaint d'une légère douleur ; à 4 heures du soir, elle mange un peu, pâlit et meurt presque subitement. A l'autopsie, on trouve le jéjunum rompu dans la moitié de sa circonférence, à 12 pouces du pyllore.

Dans un autre fait, publié par M. Bulteau, il s'agit d'un homme sur le ventre duquel venait de passer une roue de voiture et qui rentre à l'hôpital dans un état « très satisfaisant » ; on porte un pronostic bénin, et le soir même, 5 heures après l'accident, se déclare une péritonite aiguë entraînant la mort du malade en deux jours. A l'autopsie, on constate qu'une portion d'anse intestinale entière, longue de 3 centimètres, est complètement détachée à ses deux extrémités.

Nous abstiendrons-nous de parti pris ?

La pensée des résultats funestes de l'abstention nous en éloignera. Il suffit d'ailleurs à ceux qui partageraient encore cette manière de voir de lire les 147 observations que M. Chavasse a rapportées dans son mémoire (*Archives de pharmacie et de médecine militaires*, 1884), sur ces 147 cas il y a eu 141 décès et 6 guérisons.

La statistique qui est de 96 0/0 de mortalité en dit assez par elle-même.

Il faut en convenir, on n'a pas aujourd'hui assez souci de publier les funestes résultats de l'abstention quand on s'est décidé pour elle. On fait part volontiers des suites heureuses ou malheureuses de laparatomie pour contusion de l'abdomen ; on rapporte un cas de guérison suivant une péritonite nettement déclarée. On cite avec plaisir les cas de contusion légère suivis de guérison, en se félicitant de ne pas être intervenu ; mais, nous le répétons, on oublie souvent d'enregistrer les fâcheuses terminaisons qui, dans nombre de cas, sont la conséquence de l'abstention.

Voyons maintenant les résultats de l'intervention et établissons un parallèle entre les deux statistiques.

Sur les quatre vingt-deux observations avec intervention que nous avons recueillies et que nous publions il y a eu :

34 guérisons.

Et 48 morts ;

ce qui donne une mortalité de 59 pour 100. C'est loin déjà de la statistique 96 0/0 que fournit l'abstention. Nous donnons ces chiffres brutaux pour l'instant, nous proposant de montrer plus loin que cette statistique s'abaisse de beaucoup si l'on n'y fait pas rentrer les cas où le chirurgien a opéré en pleine péritonite, souvent même le malade étant à la dernière extrémité.

Mais vous allez exposer, nous dira-t-on un malade peut-être légèrement atteint à une opération dangereuse ?

Est-il bien vrai que la laparatomie si redoutée de beaucoup de praticiens ait une gravité par elle-même ? Nous ne le pensons pas à condition bien entendu de mettre en œuvre les précautions de propreté et d'asepsie qui accompagnent toujours, aujourd'hui, la plus petite opération.

« Tout le monde, dit M. Michaux, accepte sans sourciller la cure radicale d'une hernie ; une simple laparatomie exploratrice pratiquée sur un sujet sans tare organique, sans altération grave préexistante du péritoine est-elle plus grave ? Je ne le pense pas et je n'en veux d'autre preuve que les milliers de laparatomies pratiquées pour des affections simples et bénignes des ovaires. »

Si les opérés succombent, la laparatomie exploratrice ne doit pas être incriminée.

Peuvent seules être mises en cause les lésions graves qui ont nécessité l'intervention et les altérations des organes intra-abdominaux, altérations qui ne souffrent plus le moindre dérangement au fonctionnement d'un organisme gravement atteint.

L'intervention chirurgicale dans les cas de contusion de l'abdomen n'offre en général pas plus d'inconvénients que les laparatomies pour affections plus haut nommées, si le sujet fort, bien portant, ne souffre pas d'une altération viscérale préexistante.

Voilà un cas où M. le docteur Michaux a opéré, se fiant sur l'intensité du traumatisme et une douleur nettement localisée comme indications. Aucune lésion n'est trouvée et la laparatomie n'a aucune fâcheuse influence sur l'opéré.

OBSERVATION n° 2.

Le 30 juillet 1894, un palefrenier de 34 ans reçoit d'un cheval qu'il était en train de panser, une ruade qui lui contusionne le bas-ventre en deux points. Opéré le jour même, on ne trouva dans son abdomen ni épanchement sanguin, ni déchirure intestinale mésentérique, malgré la violence du traumatisme. On n'observa que de petites ecchymoses intestinales et épiploïques. Le chirurgien referma le ventre et le malade quitta l'hôpital le 14 août 1894, Guérison.
(Michaux. *Mémoire à la Société de Chirurgie* 1895).

Mais doit-on recourir à l'intervention dans tous les cas ? La division établie par M. Moty en cas *légers, moyens et graves*, division basée sur les lésions anatomiques trouvées à l'autopsie ne sera pas de grande utilité au clinicien.

Le seul fait, à notre avis, sur lequel on peut établir une division est l'*intensité du traumatisme*. Pour suivre M. Moty dans sa division en cas *légers*,

moyens,
et graves,

nous disons :

Que le cas est grave s'il y a violent traumatisme.

Que le cas est moins dangereux, si le traumatisme est d'une intensité assez grande.

Enfin que le cas est bénin si le choc a été léger.

Mais outre que cette division n'est pas rigoureusement exacte, une lésion grave pouvant suivre un léger traumatisme (Obs. de Gross déjà citée) comment limiter avec précision chaque catégorie de cas ? Telle contusion de moyenne intensité pour un chirurgien sera grave pour un autre : nous croyons donc qu'il vaut mieux ne distinguer que :

des cas *légers*
et des cas *graves*.

Alors l'intervention est-elle applicable à l'un et l'autre cas ?

Elle n'est pas motivée bien entendu par les chocs insignifiants (coups de fleuret reçus à la sallé d'escrime, coups de poing à la base du thorax, coups légers de canne ou de plat de main sur la région abdominale). Faisons toutefois une réserve pour les coups de pieds d'homme, les coups de tête sur l'abdomen, surtout si l'intestin est à l'état de réplétion (cette cause de lésions graves est relevée onze fois dans la statique de Chavasse).

Mais comment agissons-nous en face les autres cas et d'abord quelle est la proportion des cas légers pour les cas graves ?

M. Moty, fort de sa statique et de celle de Beck, chirurgien militaire allemand, constate que sur trois blessés portés à l'hôpital il n'en est qu'un qui ait une lésion grave. Si vous les opérez de parti pris tous les trois dès leur rentrée, vous objecte-t-il, vous sauvez celui qui est gravement lésé sans doute, mais vous faites deux opérations inutiles, longues, difficiles et non sans inconvénient.

Nous reconnaissons que Messieurs les médecins militaires ont raison en établissant semblable statistique. Celle de M. Delorme professeur agrégé au Val de Grâce (8 cas légers sur 2 cas graves) est même plus optimiste.

On comprend pareille relation entre ces faits si on remarque que pour la plus légère contusion de l'abdomen, les médecins majors des régiments envoient leurs malades à l'hôpital. Là ils sont l'objet d'une surveillance attentive et renvoyés en cas de contusion bénigne.

Autres sont les conditions dans la pratique civile.

En ville, après un traumatisme, c'est le médecin qui est généralement appelé. Si le cas est léger le malade guérit par le repos et le traitement médical. Si le cas est jugé dangereux, le chirurgien est mandé plus tard en consultation. Ici le chirurgien ne se trouve donc le plus souvent qu'en présence de cas graves.

Mais, c'est surtout dans les services hospitaliers que l'on a à traiter de nombreuses contusions de l'abdomen, les accidents étant surtout fréquents dans la classe ouvrière.

Voici ce qui arrive habituellement :

Un passant reçoit un choc violent dans la région abdominale. Il a une syncope, est secouru par les assistants. Revenu à lui-même, soit seul, s'il peut marcher, soit accompagné s'il craint une faiblesse il se rend à son domicile.

Il se met au lit et la deuxième période, réaction de tout son être, survenant, les siens se félicitent « de ne l'avoir pas transporté à l'hôpital où on aurait peut-être voulu l'opérer ».

Si le cas est léger le blessé reprend bientôt ses occupations. Le cas est-il grave au contraire, ce n'est que dix heures au plus tôt, bien souvent plus tard, que le malade incapable de se mouvoir, refusant de manger, est conduit par ses parents à l'hôpital.

Dans ces conditions, nous n'aurons que bien rarement à traiter des cas légers.

La statistique de M. Moty (deux cas légers pour un cas grave) ainsi que celle de M. Delorme (huit cas légers pour deux cas graves) ne sont donc pas acceptables en pratique civile.

Et, c'est la statistique de M. le docteur Michaux (huit contusions graves pour deux légères) qui est exacte.

Le problème à résoudre est donc le suivant : distinguer dans ces dix contusions les deux cas légers.

Devons-nous, pour ce faire, pratiquer une laparotomie exploratrice qui serait alors un véritable moyen d'établir le diagnostic ?

Nous répondons par l'affirmative.

En effet, une contusion avec lésion grave, peut parfois présenter les caractères d'un cas léger et réciproquement ; quelle difficulté pour les distinguer sans intervention ! Ayons bien présent à la mémoire, que dans les perforations de l'intestin souvent, aucun indice certain, n'apparaît pendant les vingt heures qui suivent l'accident. Quels reproches n'encourrons-nous pas, si une perforation existe, et que n'ayant pas été à sa dé-

couverte, la mort du malade soit la conséquence de notre abstention !

Toutes les fois que le doute sera possible, nous tenons à l'affirmer, ce doute profitera à l'intervention.

« Mieux vaut dit Vassilieff, faire une opération inutile que laisser mourir un blessé faute d'intervention ».

Nous saurons pourtant nous abstenir, dans quelques cas, bien rares, il est vrai. En voici un exemple :

OBSERVATION PERSONNELLE n° 3. — *Légère contusion de l'abdomen.*

Le 3 avril dernier rentrait à l'hôpital Saint-Louis, le nommé R. P... âgé de 25 ans, qui en tirant une voiture à bras, chargée de 150 kilogs fit une chute rue des Martyrs. Sa voiture lui passa sur la région inguinale droite. Nous avons vu le blessé à neuf heures du matin, deux heures après l'accident. Il n'avait éprouvé qu'une très légère syncope. Le facies était naturel, sans la moindre trace d'altération. Il y avait dans la fosse iliaque droite une douleur très légère et à peine exagérée par la pression. Pas de nausées, pas de vomissements. Le pouls était normal et la température n'allait pas à 37°. Le patient réclamait des aliments.

Après une minutieuse observation du malade M. le docteur Michaux se décida pour l'abstention, en raison du traumatisme léger et de l'absence de choc.

Rendu prudent par l'expérience, le praticien fit isoler le sujet, le confia à la surveillance d'un infirmier spécial, ordonna une diète rigoureuse et une pilule d'opium.

Nous revîmes le malade à quatre heures du soir. Son état était aussi satisfaisant que possible ; on continua cependant à le maintenir à la diète et en surveillance jusqu'au lendemain soir. Rassuré par le bon état persistant du malade on le fit alors manger et cinq jours après il sortait de nos salles, bien remis.

Nous concluons de cette observation qu'en présence d'un traumatisme très léger, sans commotion nerveuse, sans grande douleur bien limitée, c'est-à-dire dans les cas très bénins, mais dans ces cas seulement, nous ne ferons pas la laparotomie

exploratrice, tout en surveillant attentivement le malade qu'on nous a confié.

C'est donc là une légère contre-indication à l'intervention. Nous en possédons une autre très précise.

C'est un état de collapsus et d'hypothermie, (35°) s'accroissant de plus en plus ; nous savons qu'alors la vitalité de l'individu est atteinte d'une façon irrémédiable.

Cet état de collapsus de plus en plus croissant se rencontre surtout quand il y a concomitance des lésions du foie, du rein, de la rate ou des gros vaisseaux.

Citons pour exemple de cette contre-indication une observation que nous avons recueillie dans le service de notre vénéré maître, M. le Docteur Marchand, observation publiée par notre interne et ami M. Mermet, (en société d'anatomie : juillet 1894).

OBSERVATION n° 4. — *Contusion des deux reins. — Déchirure du péritoine pariétal. — Hémorrhagie interne. — Mort.*

Émile B..., électricien, âgé de 23 ans, est apporté le 6 mai 1894 à l'hôpital Saint-Louis, salle Cloquet, n° 27, dans le service de notre maître, M. Marchand.

Antécédents. — Sans antécédents pathologiques, il vient d'être victime d'un accident qui s'est passé dans les circonstances suivantes. En traversant les grands boulevards en bicyclette il fut précipité de sa machine par un des chevaux de l'omnibus Madeleine-Bastille ; il tomba si malencontreusement qu'il fut projeté la face contre terre, et que la roue de derrière du véhicule lui passa sur le corps. La roue le prit en écharpe au milieu de la région lombaire droite, et franchissant la colonne vertébrale au niveau de la deuxième vertèbre lombaire, alla écraser de même la région lombaire gauche.

Étude clinique. — A son entrée à l'hôpital, état de choc très marqué, collapsus, hypothermie, pouls petit, filiforme, face couverte de sueur froide.

Le blessé accusait surtout une vive douleur au niveau des régions lombaires, poussant des cris au moindre examen ; le ventre non ballonné, ne présentait pas trace d'ecchymoses, pas plus que les autres parois abdominales. Le cathétérisme vésical permet de retirer 100 gr. d'une urine sanglante, contenant quelques caillots rubanés.

Le diagnostic s'imposait, et fut : contusion rénale probablement bilatérale, hémorrhagie interne.

Le 6 au soir, collapsus aussi marqué. Température : 38°, 8 ; pouls : 120 ; refroidissement ; extrémités glacées ; angoisse et dyspnée. Le malade ne se laissait toujours pas explorer en raison de l'affaiblissement et des douleurs. On constatait seulement une ecchymose très étendue dans les régions lombaires et deux hématomes au niveau des deux fesses.

Le ventre était souple, sans tympanisme. Sondée de nouveau la vessie donne 50 gr. d'urine sanglante.

Le 7 au matin, l'hypothermie a encore augmenté ; la température est à 35° 4 ; le pouls à 100, petit, filiforme. En même temps un hoquet très pénible, s'établit ainsi que des crampes gastriques atroces et des vomissements sans grands caractères.

Les douleurs persistent, plus vives dans la région lombaire droite, sur laquelle le malade ne peut se coucher. L'ecchymose précise son siège ; elle occupe les deux régions lombaires, et, suivant la colonne lombo-sacrée, vient se terminer dans la région fessière au niveau de deux volumineux hématomes, ayant décollé tout le tissu sous-cutané de cette région.

L'examen de l'abdomen est aussi difficile ; dans les deux flancs on note une sensation de résistance qui ne se trouve point dans tout le reste du ventre souple mais légèrement ballonné.

Le soir, les accidents se précipitent ; le collapsus est extrême et la symptomatologie est celle tout à la fois de l'hémorrhagie interne et de la péritonite. La température est 36° 2 le pouls incomptable et imperceptible. Le malade peut à peine répondre aux questions tant sa faiblesse est grande ; hoquet, vomissements bilieux et alimentaires très pénibles, anurie.

Mort le 8 au matin après une nuit d'agonie.

Autopsie. — Toutes les lésions produites par le traumatisme portent sur la cavité abdominale, ses parois ou son contenu.

Parois. — Le tissu cellulaire sous-cutané des régions lombaires est infiltré dans toute son étendue et l'ecchymose affecte une forme symétrique en papillon, dont les deux ailes correspondaient à ces deux régions de la colonne lombo-sacrée. Par en bas cette ecchymose se prolonge vers les deux hématomes de la région fessière.

Les muscles de la paroi abdominale sont profondément infiltrés par le sang en certaines régions.

Tous les plans musculaires de la région lombaire ont une teinte

rouge brun, et on retrouve là tous les degrés de la confusion musculaire, depuis la simple ecchymose jusqu'à l'écrasement complet du muscle.

Du côté de la cavité abdominale, le sang a suivi symétriquement le psoas, s'est infiltré dans l'épaisseur de ce muscle surtout à droite et est venu former de ce côté dans la fosse iliaque une vaste collection sous-aponévrotique et sous-péritonéale à la fois.

Les os ont résisté à l'écrasement général des parois abdominales. Ni du côté des côtes ni du côté du bassin, des vertèbres où de leurs apophyses, il n'y a de traces de fractures ou d'arrachements osseux.

Cavité abdominale. — La cavité péritonéale renferme environ un litre de sang amassé dans le petit bassin et les fosses iliaques, et diffusé entre les anses intestinales.

Le tube digestif ne présente aucune lésion : pas d'ecchymoses, d'eschares ou de déchirures sur l'estomac ou l'intestin.

Le foie offre au niveau de la partie antérieure de la face convexe du lobe droit plusieurs ecchymoses sous-capsulaires de forme variée, et au niveau du bord antérieur, une ecchymose linéaire de 4 centim. d'étendue.

Pas de lésions des gros vaisseaux hépatiques.

La rate et le pancréas sont sains.

Les capsules surrénales droite et gauche sont réduites en un magma difficile à différencier macroscopiquement des caillots périrénaux.

Le rein gauche est en effet baigné par un vaste hématome qui, infiltrant l'atmosphère celluleuse du rein, se continue en bas sous le péritoine.

La capsule fibreuse est adhérente sur les deux faces du rein et n'est point épaissie. Elle se laisse enlever facilement et montre :

Sur la face antérieure du rein une large ecchymose superficielle des dimensions d'une pièce de cinq francs, étendue en forme de bande sur le segment inférieur du bord convexe de la glande ; sur la face postérieure plusieurs ecchymoses en plaques disséminées surtout au niveau du bord externe ; et au centre de cette face des suffusions sanguines à direction transversale.

A la coupe on voit : que toute la moitié supérieure de la surface offre une teinte ecchymotique, indiquant une infiltration sanguine très marquée dont le maximum est au niveau des pyramides malpighiennes, que toute la moitié inférieure est normale sauf au niveau de la pyramide inférieure qui présente une situation hémorragique manifeste.

Le rein droit présente des lésions plus marquées encore. Autour de lui le tissu cellulaire est infiltré par le sang, surtout en bas et en arrière.

La capsule fibreuse est décollée dans toute son étendue par un énorme caillot qui englobe tout le rein lui-même. Au niveau du hile et sur le versant postérieur, il existe une déchirure de cette capsule admettant l'extrémité du petit doigt tandis que sur la face antérieure de la glande au voisinage de son extrémité inférieure on trouve une large déchirure verticale, longue de quatre centimètres, intéressant à la fois et cette capsule même et le péritoine prérénal.

La surface du rein présente des lésions considérables. La face antérieure offre au voisinage du hile, du bord externe et de l'extrémité inférieure une teinte ecchymotique très accentuée et en son milieu plusieurs ecchymoses linéaires à direction verticale, dont une très grande au centre même de cette face.

En outre, on constate sur cette face 5 ou 6 déchirures de la substance corticale profonde de 2 à 3 millim., longue de 3 à 4 centim. à direction verticale de préférence, à bords dentelés. La face postérieure offre dans toute son étendue un piqueté hémorragique cortical, plus marqué également au niveau du hile et du bord externe de la glande. On retrouve de plus sur cette face plusieurs déchirures corticales semblables et comme forme et comme direction aux précédentes.

A la coupe on constate que la moitié supérieure du rein a une apparence normale, sauf une légère injection de la zone corticale et des pyramides de Malpighi dans leur partie centrale; en outre dans cette moitié supérieure on remarque une dilatation du calice supérieur rempli de sable jaunâtre, dur et rugueux. La moitié inférieure présente des ecchymoses en nappe, sous corticales, situées à 1/2 centim. de la surface de la glande et une infiltration sanguine des pyramides centrales et de la région du hile.

Les artères et les veines rénales ainsi que les vaisseaux tributaires sont sains des deux côtés.

Les bassinets et les uretères sont indemnes, sauf pourtant le bassinot droit dont la surface est ecchymotique.

INDICATIONS

Nous n'avons pas d'indication formelle qui milite en faveur de l'intervention, à moins d'attendre le début de la péritonite ; comme il ne faut jamais agir ainsi, nous pouvons dire qu'en présence d'un blessé ayant subi un assez gros traumatisme, et qui présente en un point de l'abdomen traumatisé, une douleur nettement limitée et assez forte, il faut opérer. Sur dix cas d'intervention en pareille circonstance, le chirurgien trouvera sept lésions graves, deux lésions légères, l'intervention n'étant inutile qu'une fois.

Nous avons justifié la laparotomie dans la grande majorité des cas. Examinons maintenant quelles doivent être les qualités de cette intervention.

1^o Il faut que la laparotomie *soit précoce* pour être efficace.

On devra opérer aussitôt que possible. Remarquons à ce propos que le malade se présente le plus souvent bien tard devant le chirurgien. Ce n'est qu'après un séjour de dix ou quinze heures à son domicile que le blessé se décide à se rendre à l'hôpital.

Arrivé là, il est examiné par l'interne qui mande en toute hâte le chirurgien de garde, qui ne peut arriver souvent que trois ou quatre heures après.

Ces délais écoulés, le praticien se trouve généralement en présence d'un blessé au début d'une péritonite, ou déjà en pleine période péritonéale. Il y a là un défaut du rouage administratif, que nous devons signaler, et nous nous faisons un plaisir de citer ici M. le docteur Baudoin, qui plaide en faveur d'une assistance chirurgicale immédiate.

Il faudrait, en effet, surtout dans les grosses lésions pouvoir laparotomiser, deux ou trois heures après l'accident, c'est-à-dire, aussitôt que le malade est sorti de la période de choc,

en tout cas toujours au moins avant le début de la péritonite.

Le relevé, de toutes les observations de laparotomie, que nous avons soigneusement fait, nous montre en effet que la mortalité qui est de 20 0/0 avant le début de la péritonite, monte à 75 0/0 au début et au cours de l'infection péritonéale.

Mais pour être tardive l'intervention est-elle inutile ? Non, et c'est la seule chance de salut qu'il reste au blessé ; et la statistique 75 0/0 que donne l'intervention au début et au cours de la péritonite, est encore loin de la déplorable statistique 96 0/0 de mortalité, qui ressort de l'abstention.

Nous classons d'autre part, les observations d'intervention que nous avons entre les mains, en ayant le soin d'indiquer après combien d'heures ont été opérés les malades avec le résultat heureux ou malheureux de l'intervention.

Nous établirons aussi un résumé des causes de mortalité après intervention à la fin de chaque observation où le succès n'aura pas répondu à l'effort du chirurgien.

Nous verrons que le blessé aura d'autant plus de chance de guérir que l'opération aura été plus hâtive.

2° Il faut que la laparotomie soit menée *aussi rapidement* que possible.

Il faudra avoir soin néanmoins, de ne négliger aucune précaution antiseptique. La suture d'une ou de deux perforations importantes ne devra pas faire négliger, pour terminer plus tôt une opération, la recherche minutieuse d'autres perforations pouvant exister.

Nous n'insistons pas sur ce point : rapidité de l'intervention. La plupart des chirurgiens en reconnaissent tous les mérites.

NATURE DE L'INTERVENTION

L'intervention décidée, les soins préopératoires seront les

mêmes que ceux employés dans les opérations de l'abdomen. Nettoyage antiseptique de la paroi abdominale, asepsie rigoureuse de l'opérateur et de ses aides. Les instruments, les éponges, les compresses et tous les objets de pansement qui seront utilisés au cours de l'opération devront être préparés avec la plus grande attention.

Où devra-t-on pratiquer la laparotomie exploratrice ?

Sur la ligne médiane s'il est possible. Mais le choc atteint souvent une des fosses iliaques. Dans ce cas, la lésion étant localisée au point contus, c'est là que devra être pratiquée la laparotomie.

Il est impossible d'établir une règle précise à ce sujet. C'est au chirurgien qui verra le malade à en décider.

Quoiqu'il en soit, le ventre ouvert, on explorera d'abord, avec soin, l'organe que l'on soupçonnait atteint. Si c'est l'intestin, une perforation découverte ne devra pas faire négliger la recherche d'une autre déchirure possible. Si l'organe blessé est bien celui que l'on pensait devoir l'être, il faut avoir présent à l'esprit qu'il existe parfois concomitance de lésions et qu'une exploration complète peut seule donner toute sécurité à l'opérateur.

C'est le moment d'examiner quelle est la conduite à tenir dans les différents cas de contusion abdominale qui peuvent se présenter.

DES ÉPANCHEMENTS SANGUINS INTRA-PÉRITONÉAUX DANS LES CONTUSIONS DE L'ABDOMEN

Il est très fréquent au cours de laparotomies pour contusions de l'abdomen de rencontrer des épanchements sanguins plus ou moins abondants. La quantité du sang épanché peut aller jusqu'à deux litres. Le plus souvent, elle est de 800, 400 et 200 grammes.

Quelle est la source de l'hémorrhagie ?

Tous les vaisseaux qui rayonnent dans la cavité abdominale sont susceptibles d'être atteints, qu'ils soient rompus ou fortement contusionnés après un traumatisme. M. Sieur a signalé la rupture de la veine-porte ou de ses branches. Burney a rencontré une lésion de l'artère pancréatico-duodénale.

Velpeau a relaté dans les *Bulletins de la Société Anatomique* (tome 13, p. 507) trois cas de rupture de la veine-cave ascendante. Enfin, Leghouert a observé un cas de rupture de l'aorte.

Mais ce sont plutôt là des faits exceptionnels, et l'hémorrhagie vient le plus souvent des vaisseaux mésentériques compris dans les déchirures de cet organe.

Signalons aussi comme causes d'hémorrhagie assez fréquentes les déchirures du foie, du rein, de l'épiploon et du péritoine pariétal.

L'épanchement sanguin n'est pas toujours trouvé liquide. On observe, presque toujours, des caillots noirâtres sans odeur.

Par la laparotomie, le sang épanché s'écoule de lui-même au dehors de la cavité abdominale. S'il y a des caillots, on les enlève avec de grosses éponges antiseptiques ou aseptiques.

On doit, ensuite, s'appliquer soigneusement à découvrir la source de l'hémorrhagie.

Est-ce un vaisseau rompu ? On liera les deux bouts.

Si c'est une déchirure du foie ou du rein qui en est la cause, on agira comme nous l'indiquerons au traitement de ces divers organes.

LÉSIONS DU MÉSENTÈRE

On a signalé des contusions avec hémorrhagies plus ou moins abondantes et des déchirures de quelques vaisseaux mésenté-

riques. « Les déchirures du mésentère, dit M. Michaux, se sont présentées à nous sous trois aspects bien différents qui méritent de nous arrêter un instant.

« Dans le cas le plus grave, il y avait une déchirure du mésentère, avec perte de substance totale de 6 à 7 cent. de haut sur 4 à 5 cent. de large. Le mésentère était complètement désinséré des deux côtés d'une anse intestinale.

« La portion convexe de l'anse avait conservé son mésentère, sous la forme d'un lambeau de 3 à 4 cent. de haut. La partie centrale du mésentère déchirée laissait voir 3 ou 4 gros vaisseaux béants qui avaient donné lieu à une hémorrhagie abondante, 1 litre environ.

« Vingt-deux heures après l'accident, toute l'anse intestinale correspondant à la déchirure mésentérique était absolument putréfiée, flasque et du plus beau vert de bronze qu'on puisse imaginer. Il n'y avait aucune perforation intestinale. Le péritoine était rempli de liquide putride, ultraseptique et infect.

« Dans un second cas, le mésentère était déchiré sur une longueur de 10 cent. au niveau de son insertion sur l'angle iléo-cœcal, et la déchirure se prolongeait superficielle sur le péritoine pariétal, tapissant la fosse iliaque droite. Dans ce cas, l'intestin était ratatiné comme un os de poulet. L'hémorrhagie avait été des plus abondantes, il y avait plus de 1 lit. 500 de sang dans la cavité péritonéale.

« Enfin, dans une troisième lésion observée, la déchirure était superficielle, triangulaire, mesurant 5 cent. de long sur 3 cent. de large. On voyait à la surface 2 ou 3 vaisseaux artériels, en partie étirés et qui avaient produit un épanchement sanguin de 4 à 500 gr. Ces lésions sont absolument comparables à celles qui ont été rapportées par Inschouppi, Boulay, Lentz, Krause » *Mémoire à la Société de Chirurgie*, mars 1895.

Après avoir épongé l'épanchement sanguin, les déchirures du mésentère seront suturées à la soie ou au calgut.

Nous avons recueilli trois lésions du mésentère. L'intervention a eu lieu.

1 fois, 1 heure et demie après l'accident. Le malade est parti guéri pour Vincennes.

1 fois, 10 heures et demie après l'accident. *Guérison.*

1 fois, 18 heures après l'accident. *Guérison.*

En un cas que nous relatons, ensuite, il y avait eu déchirure du grand épiploon. La laparotomie faite *quelques heures après*, permit d'arrêter l'hémorrhagie. *Guérison.*

LÉSIONS INTESTINALES

Mécanisme des lésions intestinales.

Pour arriver à déterminer ce mécanisme, Chavasse laisse choir un poids de 5 kilos sur le ventre de trois cadavres. Sur les deux premiers sujets de l'expérience, le poids tombant sur le milieu de l'abdomen produit des lésions intestinales. Dans le troisième cas, la chute du poids sur la fosse iliaque droite ne provoque pas de déchirures, mais elle refoule dans la fosse iliaque gauche tout le paquet d'anses grêles. Le praticien constate que le côlon ascendant est dilaté par des gaz.

De ces faits, Chavasse conclut que les lésions ont pour cause l'*écrasement* de l'intestin contre la colonne vertébrale.

Mais, par de nouvelles expériences, MM. Gross et Adam, injectant de l'eau par le rectum des cadavres jusqu'à replétion du gros intestin et de l'intestin grêle, démontrèrent que les ruptures de l'intestin pouvaient aussi se produire par *éclatement*. C'était la conformation de la théorie émise par Chauveau et Passavant.

Il ressort de la lecture des travaux de ces chirurgiens que les pressions, les chocs produisent un *écrasement* de l'intestin quand ce dernier est vide ; mais qu'il faut admettre la possibilité de l'*éclatement* quand la partie de l'intestin frappé contient du

liquide ou des gaz. Toutefois la compressibilité de ces derniers nous explique qu'il faudra un choc plus intense pour déterminer l'éclatement, la partie de l'intestin traumatisé se vidant légèrement, par l'échappement de l'air aux deux extrémités de l'anse lésée.

Anatomie pathologique. — Nous savons que l'intestin est formé par 3 tuniques différentes : muqueuse, musculuse et séreuse. On peut rencontrer, soit une contusion simple de l'intestin, soit une déchirure de la muqueuse seule, sur une certaine étendue ou de deux portions de muqueuse se faisant face.

La tunique musculuse peut aussi avoir cédé. Enfin, on peut constater une lésion des trois tuniques. C'est là une perforation complète.

En cas de perforation par écrasement, la déchirure de la muqueuse sera beaucoup plus étendue que l'orifice de la séreuse. Si c'est par éclatement, on constate tout le contraire. Et tandis que la déchirure de la séreuse est de 3 à 4 cent., celle de la muqueuse mesure à peine 3 à 4 millimètres.

Autour de ces lésions, il se forme entre les 3 tuniques de l'intestin une infiltration sanguine d'un rayon de 1 cent 1/2 environ.

Un symptôme assez fréquent est le resserrement de l'intestin au-delà et en deçà de la perforation, resserrement plus ou moins prononcé. Mais on constate toujours le gonflement de l'anse intestinale lésée, son volume pouvant être légèrement augmenté, doublé, même triplé. L'anse est rouge, violacée. Les veinules dilatées forment des saillies très distinctes sous la membrane enveloppante.

Jusqu'à présent, nous n'avons en vue qu'une seule perforation intestinale. « S'il y en a plusieurs, elles sont toujours placées les unes au-dessous des autres, quoique appartenant à des segments éloignés du tube intestinal ; il y a *superposition des lésions*, disent Adam et Février. »

Enfin il peut y avoir section complète d'une portion de l'intestin.

La présence de gaz et de matières dans le péritoine est une

conséquence naturelle de la perforation de l'intestin. On l'a observé, d'ailleurs, nombre de fois.

Nous croyons ne pouvoir terminer ce paragraphe sans regretter, pressé de terminer nos études, de n'avoir pas eu le loisir de renouveler les expériences dont nous avons parlé plus haut.

Traitement. — M. Chaput a indiqué dernièrement un moyen de tomber sur l'anse intestinale lésée. On explore, avec le doigt, l'intestin sur la ligne médiane vers la colonne vertébrale. Là on trouve, en général, une résistance anormale qui conduit sur l'intestin rompu.

Le dévidement et l'éviscération sont inutiles à moins d'épanchement stercoral.

Dans les cas où on ne découvrirait pas la déchirure rapidement, on sera bien obligé de recourir à ces 2 pratiques. On videra, alors, tout l'intestin à travers l'incision faite en réintégrant, après inspection, les anses dans la cavité abdominale. On aura soin au moyen d'une soie bien aseptique placée sur le mésentère et tenue par un aide, d'indiquer par quel point de l'intestin on a débuté. On commencera indifféremment par la partie inférieure ou supérieure, la première partant de la soie posée allant au cœcum, la deuxième au duodénum.

La perforation découverte, on la suturera. « La seule méthode employée, aujourd'hui, repose sur le principe de l'adossement de deux surfaces sereuses et de leur adhésion rapide » *Jalaguier*.

1° Elle occupe le bord convexe.

S'il y a déchirure peu étendue, une série de sutures de Lambert permettra d'obtenir l'occlusion. Selon les cas, on pourra ajouter après cette première série de sutures profondes une deuxième série plus superficielle selon que l'a enseigné Czerny. Nous ne parlons pas du manuel opératoire ; mais nous devons dire que les plans de l'intestin devront être réunis dans le sens transversal, pour éviter une diminution de calibre, le relief des lèvres suturées étant ainsi perpendiculaire à l'axe du canal intestinal.

L'anse intestinale suturée sera touchée à l'eau phéniquée forte et rentrée dans l'abdomen.

2° Elle occupe le bord mésentérique. Alors la résection est nécessaire, car la suture pourrait former un angle de coudure assez prononcé pour déterminer de l'occlusion.

Existe-t-il une large déchirure dont la suture pourrait rétrécir d'une manière notable le calibre du canal intestinal, la résection de la partie de l'anse lésée s'impose aussi. Une entérorrhaphie circulaire telle que l'indique Bouilly permettra de rapprocher les deux bouts de l'intestin. Ce ne sont pas les seuls indications de l'entérectomie et de l'entérrhraphie. On emploiera en effet ces 2 moyens en cas de plusieurs perforations sur la même anse, s'il y a des eschares, indices de contusions profondes. Il faudra en même temps réséquer un coin du mésentère dont la base correspondra à l'anse lésée.

Si l'on a le bonheur d'intervenir dans les deux premières heures qui suivent une rupture totale de l'intestin, on pourra, avec chance de succès, aviver un peu les bords, les régulariser et les réunir par une entérrhraphie circulaire.

Un peu plus tard on pourra encore employer cette méthode, mais, le plus souvent, sans résultats heureux. Dans la plupart des cas, l'entérrhraphie sera la méthode de choix : mais si l'état du blessé exige une opération de très courte durée, c'est à la création d'un anus artificiel que l'on devra s'arrêter.

Signalons les greffes d'une partie de l'épiploon sur les sutures de l'intestin, sutures faites par MM. Croft et Michaux. On aura recours quelquefois à l'entéro-anastomose ou à la greffe intestinale de Chaput.

N'oublions pas de parler du bouton de Murphy que nous n'avons pas encore vu employer, mais qui d'après son auteur simplifierait beaucoup le manuel opératoire.

Ce n'est pas tout que de s'être occupé de la lésion, une autre indication est à remplir : nettoyer la cavité péritonéale que le contenu de l'intestin a pu souiller. Pour ce faire on emploie de grand lavages à l'eau boriquée ou à l'eau bouillie, ou encore

on fera la toilette du péritoine à l'aide d'éponges trempées dans une solution phéniquée forte.

On établira un drainage minutieux soit par un drain ordinaire, soit par de la gaze iodoformée à la manière de Mikulicks.

LÉSIONS DU FOIE ET DES VOIES BILIAIRES

Le foie peut être lésé directement ou par contre-coup. Intéressé par un choc ou une pression sur la région hépatique, il reçoit tout l'effort de l'agent vulnérant. Lésé par contre-coup, il s'écrase sur le diaphragme, les côtes ou la colonne vertébrale.

Anatomie pathologique. — Les lésions du foie peuvent se diviser en deux catégories bien distinctes.

1° La capsule est indemne, et dans ce cas des ecchymoses ou des épanchements sanguins soulèvent la membrane en formant un relief allongé.

2° Il y a au contraire solution de continuité du tissu hépatique, et cette lésion peut être superficielle, profonde ou totale.

Les lésions de ce dernier ordre sont le plus fréquentes. Elles affectent des formes diverses. Ce sont des *fissures* dont la direction est oblique ou d'avant en arrière ; ce sont encore des *anfractuosités* rayonnantes ou encore des *craquelures* s'entrecroisant sous des angles variés. Dans le cas de traumatisme violent, le foie présente des fentes dont les parois déchiquetées ont une hauteur de quatre ou cinq centimètres, fentes souvent obstruées par des caillots et de la bouillie hépatique. Les lèvres de cette section sont reliées par des filaments qui ne sont que des vaisseaux sanguins ayant résisté à la déchirure. On rencontre encore, mais moins fréquemment, des déchirures intéressant toute la profondeur du foie. Signalons à ce propos le cas de dé-

chirurgie totale observée en 1890 par MM. les docteurs Michaux et Poirier dans le service de M. le Professeur Duplay. La laparotomie « montra le foie complètement fendu d'avant en arrière. »

Si l'on consulte les statistiques pour déterminer quelles sont les régions de cet organe, le plus souvent lésées, on obtient des résultats contradictoires. Cependant on s'accorde à reconnaître que le lobe droit est plus fréquemment atteint que le lobe gauche. Il est en effet plus volumineux que ce dernier et il se contusionne quelquefois lui-même en raison de son propre poids.

Les lésions du foie peuvent se compliquer de ruptures de voies biliaires. Nous avons vu dans un précédent chapitre que d'après M. Bouilly, un traumatisme ne peut que rarement déchirer la vésicule biliaire quand elle est saine. Mais une anomalie de position du foie peut mettre la vésicule en contact avec la paroi abdominale : un choc parvient dans ce cas à en déterminer la rupture. Enfin un corps contondant frappant de bas en haut la région sous-hépatique, comprime la paroi abdominale du patient et efface la lumière du cholédoque contre la face inférieure du foie. Comprimé dans la vésicule, le liquide biliaire fait éclater les parois (Obs. de M. Routier. *Bull. et Mém. Soc. Ch.* 1892).

Traitement. — Les traumatismes du foie donnent le plus souvent lieu à une hémorragie que seule peut enrayer une intervention hâtive.

La rapide formation d'un agglomérat liquide en un point de la cavité abdominale, la brusque apparition des signes généraux et locaux de la péritonite incitent, mais souvent trop tard, à une laparotomie exploratrice, prouvant bien qu'il y a déchirure.

Mais l'intervention est aussi indiquée dans le cas où la capsule de Glisson a résisté. En effet, sous la membrane enveloppante, restée indemne, on constate parfois la présence d'un ou de plusieurs abcès.

D'autre part un épanchement sanguin sous-capsulaire dissi-

mule souvent des lésions graves. S'il y a des abcès, fendre la capsule et détruire les foyers d'infection.

S'il y a épanchement sanguin sous-capsulaire fendre toujours la capsule, enlever les caillots, irriguer et tamponner à la gaze iodoformée qui servira de drain.

Quand la capsule de Glisson est lésée, le chirurgien peut se trouver en présence de deux sortes de déchirures.

Si intervenant avec rapidité, il constate une rupture récente, peu profonde, qui ne laisse s'écouler qu'une faible quantité de sang, il réunira les lèvres de la fente par quelques points de suture à la soie.

S'il y a déchirure presque complète, enlever les caillots, en ayant le souci de ne point rompre les vaisseaux qui ont pu résister à la violence du traumatisme, puis tamponner à la gaze iodoformée.

En un cas de déchirure hépatique analogue, Dalton a employé le traitement indiqué ci-dessus. Son malade a très bien guéri.

Ajoutons que nombre de chirurgiens ont pratiqué avec succès l'ablation d'un fragment plus ou moins étendu de tissu hépatique ; souvent les parties meurtries par une pression violente sont vouées à la gangrène puis destinées à s'éliminer. Mieux vaut donc les enlever et tamponner à la gaze.

Les canaux biliaires sont, nous l'avons vu, peu sujets à se rompre. La vésicule biliaire jouit aussi d'une impunité assez grande.

Si cependant l'on a à traiter une rupture des canaux intra-hépatiques et en particulier une rupture du canal cystique ou du canal cholédoque le chirurgien s'efforcera de faciliter l'écoulement de la bile.

De récentes opérations nous ont prouvé que la vésicule peut être abouchée à l'intestin au cas où le cholédoque est obstrué ; pareille opération devrait être pratiquée si ce canal venait à se rompre dans sa totalité.

Le canal cystique atteint, on liera l'extrémité en rapport avec le canal hépatique, puis on supprimera la vésicule, dès lors inutile.

Il reste à envisager les ruptures de la vésicule ; si l'épanchement bilieux est susceptible de causer une grave irritation de la séreuse péritonéale, il nécessite une rapide intervention. Selon les cas pratiquer la cholécystorrhaphie ou la cholécystotomie.

LÉSIONS DE LA RATE

Anatomie pathologique. — Les contusions de la rate s'observent en général sur la face convexe de cet organe. Elles peuvent résulter d'un bris de côtes, une esquille osseuse devenant alors agent contondant. La déchirure le plus souvent transversale ou oblique gagne parfois la face concave et le hile. Ce n'est qu'après avoir enlevé les caillots, qui forment gangue autour de l'organe blessé, que l'on peut s'assurer de l'étendue de la déchirure et de l'état du tissu splénique. On a observé des blessures longues de quatre à douze centimètres.

Sous la capsule de la rate, non déchirée, il peut se former quelquefois des foyers hémorrhagiques qui habituellement ne se résorbent pas.

La plupart des lésions de la rate causent des hémorrhagies foudroyantes.

Traitement. — Dans le cas de perte de sang trop importante on se hâtera ordinairement d'étreindre le pédicule au moyen de pinces et de pratiquer ensuite une double ligature, mais comme cette opération peut être suivie de collapsus ou provoquer une hémorrhagie secondaire mortelle, mieux vaut encore pratiquer l'ablation de l'organe lésé.

LÉSIONS DU PANCRÉAS

Les lésions du pancréas sont peu connues parce que rares. La situation profonde de cet organe le met le plus souvent à l'abri des chocs.

Le chirurgien américain Senn, expérimentant sur des chiens et des chats a produit des sections et des contusions de cet organe. Il cite quatre exemples de lésions du pancréas. Trois fois elles étaient accompagnées de fractures de côtes et de déchirures d'un autre organe : c'est le *broiement* ou la déchirure de cet organe accompagnée d'épanchement sanguin plus ou moins grand.

Signalons le cas de Chavasse, où il est fait mention d'une déchirure interstitielle du pancréas découverte seulement après l'autopsie.

La fréquence des kystes pancréatiques développés à la suite d'une contusion abdominale est assez grande puisque Boeckel en a réuni trente exemples. Mais comme le fait remarquer M. le docteur Quénu, « il faut se garder de ranger dans cette série les kystes hémorragiques résultant d'un épanchement sanguin dans un kyste préexistant. Dans le véritable hématome du pancréas, qu'on peut encore, avec Hagenback, qualifier le kyste apoplectique, l'hémorrhagie est antérieure au kyste ; la poche se forme secondairement autour du sang épanché, par un processus analogue à celui qui préside à l'enkystement de tout épanchement sanguin circonscrit ».

La gravité de ces kystes secondaires nous engagera, dans une intervention motivée par une contusion de l'abdomen, à explorer le pancréas et à favoriser l'écoulement et l'épanchement sanguin,

LESIONS DU REIN ET DES URETÈRES

On rencontre des lésions différentes du rein : des ecchymoses légères, déchirures, fissures profondes ou broiement complet.

Ce sont presque toujours des lésions graves, non seulement parce qu'elles passent facilement inaperçues, mais aussi parce qu'elles s'accompagnent souvent d'épanchement sanguin. Celui-ci est rarement intra-rénal, il est plutôt périrénal, le sang se répandant autour de la capsule cellulo-adipeuse et de là dans le péritoine.

On pourra se rendre maître de l'hémorrhagie, soit par la ligature d'un vaisseau, soit comme le préconisait M. Tuffier par la néphrectomie partielle, ou enfin par le tamponnement iodoformé. Mais si les vaisseaux du hile rénal sont déchirés, si l'hémorrhagie est abondante, si le rein est broyé, c'est la néphrectomie totale que nous emploierons.

C'est par la voie lombaire que nous irons à la recherche de ces lésions.

S'il y a déchirure de l'urètre, on recherchera les deux bouts et on les suturera. Quelquefois, devant une fistule urinaire rebelle on sera obligé de recourir à la néphrectomie. (*Cas de M. Chaput*).

LÉSIONS DE LA VESSIE

Le siège de la lésion de la vessie peut être intra-péritonéal ou extra-péritonéal. L'étendue de la blessure est variable de 1 à 5

cent., mais peut aller jusqu'à 12 cent. Les ruptures de la séreuse sont les plus considérables des ruptures des trois tuniques de la vessie.

Le premier soin en face d'une blessure de la vessie, sera de placer une sonde à demeure, pour éviter la distension de cet organe par l'urine, son écoulement dans le péritoine et à travers le tissu cellulaire sous-péritonéal. Puis on fera la suture complète de la vessie.

Si l'on craint l'infection, surtout si l'étendue de la déchirure vésicale est grande, on fixera les bords de la plaie aux deux lèvres de la paroi incisée.

SOINS POST-OPÉRATOIRES

Les précautions à employer après les laparotomies pour contusion de l'abdomen sont celles usitées dans toutes les opérations abdominales.

M. Michaux insiste avec raison sur les avantages d'une diète absolue pendant les premiers jours qui suivent l'opération.

OBSERVATION n° 5. — *Léger épanchement sanguin.*

Pris de vin, un charretier de 39 ans, tombe de sa voiture, laquelle, à moitié chargée, lui passe sur la partie droite du thorax et de l'abdomen.

On l'apporte à l'hôpital le dimanche 3 juin 1894, à 8 heures du soir.

M. Michaux, qui le voit le lundi matin, constate une fracture de la dixième côte droite; gêne respiratoire assez marquée; palpation abdominale pas très douloureuse, sauf au niveau du foie.

Malgré la gravité du traumatisme, (écrasement de voiture) le chirurgien ne voit aucune indication opératoire et se contente de mettre

le malade en observation. Dans la nuit le malade est pris de vomissements verdâtres amers, qui se répètent dix ou douze fois.

La température s'élève à 37°8; la douleur hépatique augmente. Cet ensemble paraît inquiétant à M. Michaux qui fait une laparotomie, le mardi à midi. Incision au bord externe du muscle droit. Léger épanchement sanguin, 300 grammes environ, dont le praticien ne peut trouver la source que dans une déchirure du péritoine pariétal au niveau de la partie antérieure de la dixième côte fracturée.

Les jours suivants, la température reste bonne, le malade souffre toujours assez vivement; l'estomac ne tarde pas à supporter le lait. Il y a de la constipation et pendant quelques jours une légère teinte icterique des conjonctives, puis tout rentre dans l'ordre et le malade sort au bout de quinze jours en très bon état. *Guérison.*

(MICHAX. *Mémoire à la Société de Chirurgie.*)

OBSERVATION n° 6. — *Double rupture du mésentère.*

Cette observation nous a été gracieusement offerte par M. le docteur LETARS.

Le 12 mars 1893, à 3 heures de l'après-midi, le nommé Degastbled, Charles, jardinier, âgé de 35 ans, est renversé par une grosse charrette qui s'arrête à temps pour ne pas passer sur lui. Il tombe en avant sur le ventre et perd connaissance.

Porté à l'hôpital Beaujon, on remarque qu'il a la face pâle, les traits tirés. Son pouls est petit et fréquent et bat entre 120 et 125. Il se plaint d'une douleur vive surtout au niveau de la fosse iliaque droite qui, vue obliquement, présente une sorte de relief. Le palper réveille une douleur intense en un point qui semble correspondre à la partie supérieure du cæcum. On a la vague sensation, en palpant plus profondément, d'une sorte de masse arrondie un peu plate, qui fuit par en haut sous la pression des doigts.

Pas de ballonnement du ventre ni douleur en aucun autre point.

La pression du méat fait sourdre quelques gouttes de sang. Par le cathétérisme on retire une petite quantité d'urine, d'abord claire, mêlée de sang à la fin de la miction.

L'état cérébral semble un peu troublé. On croit à la rupture d'un organe de la cavité abdominale avec hémorrhagie, peut-être à une déchirure du rein droit. Cette hypothèse fait que l'on se décide à l'intervention.

M. Lejars fait la laparotomie à quatre heures et demie du soir. On donne de l'éther au malade.

L'incision est courbe, longue de 20 centimètres environ et faite sur la fosse iliaque droite, remontant dans le flanc; elle permet d'arriver sur le péritoine qui est tendu et renferme du liquide. Après incision de la séreuse il s'écoule une quantité notable d'un sang noir, légèrement poisseux. On trouve aussi quelques caillots. L'éponge avec laquelle on les enlève n'a pas la moindre odeur et ne porte aucune trace de matières stercorales.

On attire à l'extérieur les premières anses grêles qui se présentent et on voit le mésentère correspondant qui offre une déchirure d'au moins 13 centimètres de long, ovulaire et d'une largeur de 6 à 7 centimètres. La déchirure vient se terminer au contact même de l'intestin; les bords sont effrangés et imprégnés de sang.

M. Lejars les rapproche par un surjet au catgut en ayant soin de prolonger la suture jusqu'au contact de l'intestin.

Puis cette première anse intestinale est rentrée. On fait le dévidement de l'intestin et on trouve, à peu près à sa partie moyenne, une deuxième déchirure mésentérique plus longue et plus large que la précédente, ses bords présentent le même aspect et au niveau de l'intestin un segment de cet organe long de 2 centimètres est dépouillé de mésentère. Nouveau surjet au catgut comme il a été fait plus haut.

On nettoie avec soin le petit bassin. Le rein droit que l'on a examiné ne présente rien d'anormal.

Fermeture complète de la cavité abdominale.

Le 13 mars le poulx est encore petit et fréquent. L'opéré a une selle. Il urine mais très peu.

Le 14 mars le poulx est encore à 104, mais il est plus fort. Il urine toujours en petite quantité; une selle le soir.

Le 15 mars le poulx est toujours à 104. La langue est humide. Aucune douleur du ventre. L'urine est en plus grande quantité, et elle est claire.

L'état reste satisfaisant et le malade commence à se lever dans le courant d'avril. Le 14 mai il part à Vincennes, ne souffrant plus et paraissant complètement guéri.

Dans les premiers jours de juin, il est ramené à l'hôpital avec des phénomènes graves d'occlusion intestinale. Monsieur le docteur Guissard, chirurgien de garde, pratique une intervention d'urgence et trouve une masse intestinale herniée et enserrée par des toiles épi-

ploiques multiples au niveau de la cicatrice, résultat de la laparotomie antérieure. Le malade meurt dans la nuit.

Nous n'avons pu avoir que des renseignements insuffisants sur la deuxième intervention motivée pour phénomènes graves d'occlusion intestinale. Toutefois cette observation doit être considérée comme un succès opératoire de laparotomie exploratrice.

OBSERVATION n° 7. — *Déchirure du mésentère.*

Le nommé Sénéchal, âgé de 30 ans, homme d'équipe de la compagnie des chemins de fer de l'Ouest est pris entre deux tampons; un des wagons était fixe, l'autre animé d'une vitesse égale à celle d'un homme marchant d'un bon pas.

La contusion porte sur la région épigastrique.

L'accident a lieu le 8 avril 1893 à minuit et demi, perte de connaissance immédiate, syncope; à 2 heures du matin, le blessé est apporté à l'hôpital Beaujon, faiblesse extrême, pâleur, sueurs froides.

M. Michaux fait une laparotomie à 11 heures du matin, dix heures et demie après l'accident, avec l'aide de M. Veslin, interne de service. Epanchement sanguin de plus de $4/5$ de litre, en partie coagulé. L'intestin est ratatiné, resserré par places et froncé comme un intestin de poulet. Une grande déchirure de 10 à 12 centimètres se voit sur la terminaison du mésentère près de son intestin sur l'angle iléo-cæcal avec prolongement sur le péritoine de la fosse iliaque. On voit nettement les vaisseaux mésentériques qui ont été la cause de l'hémorrhagie. Suture en surjet au catgut de la déchirure mésentérique, 15 points environ, fermeture de la plaie.

Injection sous-cutanée de 1.400 grammes environ de sérum artificiel. L'opération a été faite aussi rapidement que possible; y compris l'examen de l'intestin et la suture, elle n'a pas duré plus de 25 à 30 minutes. Amélioration rapide. Pas de complication. Le malade sort de l'hôpital complètement guéri.

(MICHAX. *Mémoire à la Société de Chirurgie, 1895*).

OBSERVATION n° 8 — *Déchirure du mésentère.*

Un ajusteur de l'Ouest, âgé de 27 ans, est tamponné le 16 décembre. Le 17, on pratique la laparotomie, dix huit heures après l'accident et on trouve un épanchement sanguin, une déchirure superficielle du

mésentère, déchirure triangulaire mesurant 6 à 7 centimètres de long sur 3 centimètres de large. Aucune lésion viscérale. *Guérison* sans incident.

(MICHAX. *Mémoire à la société de chirurgie*, 1895).

OBSERVATION n° 9. — *Contusion de l'abdomen suivie d'hémorrhagie intra et sous-péritonéale.*

Jeune homme, 20 ans, reçoit en jouant au foot-ball un violent traumatisme de l'abdomen. Arrive à l'hôpital dans le coma ; vomissements continuels, ventre peu douloureux mais mat. Incision exploratrice faite quelques heures après l'accident ; issue d'une certaine quantité de sang ; déchirure du grand épiploon qui donne lieu à un écoulement de sang. Des sutures sont placées sur les foyers, hémorrhagiques ; lavage de la cavité abdominale et drainage. *Guérison* très rapide, (BASLING, *Soc. Clin. of London*, 28 octobre 1892).

(SIEUR, *Archives générales de médecine*, 1893).

OBSERVATION n° 10. — *Ruptures multiples de l'intestin grêle.*

Homme, porteur d'une hernie ; tentatives de taxis faites avec violence et suivies de ruptures de l'intestin.

Kélotomie ; déchirures multiples de l'intestin que l'on suture à la soie ; réduction de l'anse herniée et cure radicale. *Guérison* sans incident (ROSENBERGER, *Berl. Klin. Woch.* 12 janvier 1885).

(SIEUR, *Archives générales de médecine*, 1893).

OBSERVATION n° 11. — *Contusion du duodénum, du côlon et de l'épiploon avec rupture d'une branche de la pancréatico-duodénale.*

Enfant, 12 ans, chute violente sur un rail et contusion de la région sus-ombilicale. Shock immédiat ; huit heures après, ventre douloureux, plat et mat dans les régions du flanc jusqu'à deux pouces au-dessous de l'ombilic. Intervention faite huit heures après le traumatisme, malgré l'état de faiblesse de l'enfant.

Incision médiane de 4 pouces de long ; issue de nombreux caillots et d'une grande quantité de sang fluide. Nettoyage de la cavité abdominale par un courant d'eau distillée chaude, examen très complet de

la masse intestinale sans qu'on puisse trouver de rupture, mais ecchymoses au niveau du grand épiploon et du côlon. Le péritoine qui recouvre l'extrémité inférieure du duodénum est arraché et une branche de la pancréatico-duodénale est trouvée ouverte. Ligature du vaisseau au catgut, nouveau lavage avec de l'eau très chaude ; pas de drainage.

Guérison complète en vingt jours. (M. BURNEY, *N. York. Surg. Soc.*, 24 oct. 1888 et *N. York. méd. J.*, 26 janvier 1889, p. 106). (SIEUR *Archives générales de médecine*, 1893).

OBSERVATION n° 12. — *Rupture du jéjunum.*

Homme, 28 ans, reçoit un coup violent sur la partie inférieure de l'abdomen. Entre à l'hôpital en plein collapsus ; la face pâle, le ventre douloureux et contracté. Huit heures plus tard, les douleurs étant plus vives et le shock moins prononcé, on se décide à intervenir.

Ouverture médiane sous-ombilicale qui donne issue à du sang et à des bulles de gaz ; déchirure du jéjunum d'un demi-pouce d'étendue ; six points de suture de Lembert au catgut ; lavage et drainage de la cavité abdominale ; durée de l'opération, une heure et demie. Le deuxième jour, symptômes de péritonite, on ouvre de nouveau l'abdomen et on lave sa cavité avec une solution boriquée.

Mort quatre heures plus tard. A l'autopsie, on constate l'existence d'une péritonite généralisée, sans rien d'anormal du côté des sutures. (MAYO-ROBSON *Trans clin. of the clin. Soc.*, vol. XXI, p. 422 1888) (SIEUR, *Archives générales de médecine*, 1893).

L'auteur ne nous indique pas la nature du coup reçu par le blessé ; c'est un cas à notre avis où le traumatisme était assez violent pour nécessiter une intervention dans les trois premières heures ; de plus l'opération a duré une heure et demie. Qui nous assure qu'en un temps aussi long aucune négligence antiseptique n'a été commise par le chirurgien ou ses aides ?

OBSERVATION n° 13. — *Rupture de l'iléon.*

Homme de 28 ans, intervention 9 heures après l'accident. Chute contre le bord d'une table. Léger collapsus ; rétraction de l'abdomen ;

vomissements. Rupture de l'iléon d'un demi-pouce d'étendue. Sang non caogulé ; péritonite avancée. Sutures de Lembert. Lavage à l'eau boriquée. Le lendemain de l'opération, on avait rouvert le ventre et lavé à nouveau l'abdomen. *Guérison*. (HATKINSON. *Brit. med. Journ.*, 1888).

OBSERVATION n° 14. — *Rupture (?) du cœcum.*

Homme, 27 ans, tamponné par un wagon qui le jette à terre et lui heurte violemment l'abdomen sur le bord d'un rail. Signes presque immédiats de péritonite puis atténuation du mal avec persistance de douleurs dans la fosse iliaque droite, bientôt suivie d'une tuméfaction notable. Intervention précoce. Incision sur le bord interne du grand droit à droite ; adhérence de l'épiploon à la paroi, et au-dessous de lui adhérences fibreuses reliant entre eux le cœcum, l'intestin grêle et la vessie. L'appendice paraissant tuméfié et uni au cœcum dans une position vicieuse est lié et réséqué. *Guérison*. (HUM. *Brit. med. J.*, p. 804, 11 avril 1891). (SIEUR. *Archives générales de médecine*, 1893).

OBSERVATION n° 15. — *Rupture de l'intestin grêle.*

Soldat reçoit un coup de pied de cheval dans le ventre. Signes immédiats peu marqués. Onze heures plus tard, douleurs vives dans tout l'abdomen avec sensation de coliques, sitôt après la pénétration de liquide dans le tube digestif. Intervention immédiate. Incision de 25 centimètres contournant l'ombilic à gauche et venant se terminer à trois travers de doigt au-dessus de la symphyse : déchirure occupant la demi-circonférence supérieure d'une anse de l'intestin grêle ; suture de la déchirure à l'aide de crin de cheval ; lavage abondant du péritoine à l'aide d'une solution boriquée à la température de 42° ; suture à double étage de la paroi, pas de drainage ; durée de l'opération une heure un quart. *Guérison* complète en vingt jours malgré un relâchement partiel de la suture pariétale. (MOTY. *Revue chirurgie*, nov. 1890, p. 878) (SIEUR, *Archives générales de médecine*, 1893).

OBSERVATION n° 16. — *Rupture du côlon.*

Homme, contusion violente de l'abdomen par un manche de ringard,

syncope de quelques minutes, shock profond au moment de son entrée à l'hôpital.

Le lendemain, ventre très sensible ; collapsus moins marqué, laparotomie 15 heures après l'accident. Incision médiane sus-ombilicale : issue d'un litre et demi de sang environ ; rupture siégeant au niveau de l'angle formé par le côlon ascendant et le côlon transverse, qui a donné issue à un pépin de poire entouré de matières fécales ; suture de Lembert et greffe de l'épiploon. Lavage et nettoyage de la cavité péritonéale. *Guérison* (MICHAX *in th. toler*, p. 108, Paris, 1892).

OBSERVATION n° 17. — *Rupture du jejunum et de l'iléon.*

Jeune garçon de 14 ans, reçoit un coup de pied de cheval sur la région sous-ombilicale. Dans la nuit, début d'une péritonite.

Laparotomie faite quinze heures après l'accident. Rupture de l'intestin grêle d'un pouce d'étendue, entourée d'une zone très contuse. Résection cunéiforme de l'intestin sur une étendue de 2 pouces 1/4 du côté libre et d'un 1/2 pouce sur le bord mésentérique. Suture de Lembert, lavage boriqué, *guérison* très rapide. (CROFT. *Brit. méd. J.* p. 665. Mars 1890) (SIEUR, *loc. cit.*).

OBSERVATION n° 18. — *Rupture de l'intestin grêle.*

Homme 29 ans, reçoit un violent coup de pied de cheval dans le ventre ; stupeur complète ; douleurs de ventre atroces ; vomissements. Le lendemain, il n'existe pas encore de facies péritonéal. On se décide à intervenir seize heures après l'accident. Incision médiane de 10 centimètres qui laisse écouler 100 à 150 grammes de liquide séro-purulent. Sur une anse grêle existe une rupture de 3 centimètres d'étendue occupant le bord libre de l'intestin grêle ; avivement de ses bords et suture à deux plans ; lavage de la cavité péritonéale à l'eau bouillie ; fixation de l'anse suturée au voisinage de la plaie par une soie phéniquée et drainage à la Mickulicz. Durée de l'opération une heure un quart. *Guérison* sans accidents en un mois. (NÉLATON. *Bull. et mém. Soc. chir.* t. XVIII, p. 600, 1892). (SIEUR *loc. cit.*)

OBSERVATION inédite. n° 19. — *Coup de pied de cheval dans la région inguino-pubienne droite. — Rupture de l'intestin grêle. — Péritonite suraiguë généralisée. — Laparotomie et suture*

de l'intestin. — Décès 24 heures après l'accident. — (Cette observation nous a été gracieusement envoyée par M. Sieur médecin militaire, à Lyon. Nous nous faisons un plaisir de la reproduire exactement).

Dutremblay J., brigadier au 10^e cuirassiers, entre après la contre visite, le 13 septembre 1894, à 5 heures de l'après-midi avec le diagnostic de contusion de l'abdomen par coup de pied de cheval, à l'hôpital Desgenettes où il est reçu par M. Legouzat, médecin-élève de garde, et par M. le médecin-major Boisson.

Etant au pansage, à 3 heures 1/2, le brigadier D., reçut une ruade violente en passant derrière un cheval. Le sabot avait porté franchement à plat au niveau de la région inguino-pubienne. La force du coup fut telle que le brigadier D... tomba à la renverse. Il éprouva en même temps une douleur extrêmement vive qui l'empêchait de respirer. Légère obnubilation assez rapidement dissipée. Deux de ses camarades le soutinrent jusqu'à l'infirmerie où il fut examiné par le médecin du corps. Le blessé accusa à ce moment des douleurs particulièrement vives dans la région péri-ombilicale et dans le flanc droit, et présenta des vomissements alimentaires abondants.

Le médecin du régiment ordonna une pilule d'opium et fit transporter d'urgence le blessé à l'hôpital.

A son arrivée, à 5 heures, D..., éprouva des douleurs abdominales d'intensité médiocre avec exaspérations espacées. A deux reprises il présente des vomissements bilieux. L'intelligence est nette. Le brigadier raconte avec assez de détails l'histoire de l'accident qui l'amène à l'hôpital. Dyspnée intense due soit à ce que les inspirations profondes réveillent les douleurs, soit peut-être déjà à un commencement d'intoxication.

A la vue, la région contusionnée n'est indiquée par aucune plaie, par aucune ecchymose ; très sensible à la palpation, superficielle, elle est relativement peu douloureuse spontanément. Le malade indique au contraire comme étant le siège de douleurs très intenses, les régions péri-ombilicale et épigastrique. Pas de douleurs dans la région hépatique. La paroi abdominale est souple, paraît normale. Aucun ballonnement. Deux nouveaux vomissements se produisent un peu après son arrivée dans le service. M. le médecin-major Boisson prescrit une application de glace sur le ventre, de l'opium à l'intérieur et une diète absolue. La température est à ce moment de 37°2. Le pouls est petit mais régulier : 90 pulsations,

A 6 heures, le malade vient de rejeter sa potion dans un nouveau vomissement. La glace a sensiblement calmé les douleurs.

A 7 heures le malade recommence à souffrir un peu malgré la glace. Il est agité, inquiet. Nouveaux vomissements. Néanmoins l'état ne paraît pas s'aggraver.

M. le médecin-major Boisson revoit le malade à diverses reprises dans la soirée, et prescrit une injection sous-cutanée de morphine, et une application rigoureuse de glace sur l'abdomen : Il fait envelopper le malade dans des couvertures de laine, et le réchauffe par des boules d'eau chaude aux mains, aux pieds et sur le côté du thorax. Deuxième injection d'un 1/2 centigr. de morphine vers 11 heures 1/2. Dès ce moment, le malade retrouve un peu de calme, quoique les souffrances continuent.

14 Septembre. — A notre arrivée dans le service à 6 heures 1/2 du matin, le blessé a le facies péritonéal, un pouls petit, fréquent, 150 pulsations, une température de 37° 2. L'abdomen n'est pas très douloureux à la pression : il ne présente aucun ballonnement : il est mat à la percussion, principalement dans toute la région sous-ombilicale. Près du blessé, la cuvette renferme les matières vomies dans la nuit, noirâtres, porracées, presque fécaloïdes. Le brigadier D. a le visage cyanosé, mais les extrémités ne sont pas froides. Il a eu plusieurs crises de dyspnée assez intenses, mais sa respiration est maintenant plus régulière et plus complète.

En étudiant les symptômes observés ce matin avec ceux de la veille, et en les discutant, on conclut à une péritonite généralisée suraiguë, par suite de ruptures de l'intestin, et on estime que la laparotomie immédiate avec suture de la perforation et lavages de la cavité, peut seule offrir quelques faibles chances de salut. On hâte les préparatifs : chauffage de la salle d'opérations, asepsie des instruments, des fils, des liquides pour les lavages, préparation des tampons et des compresses.

A 7 heures 3/4, le malade est transporté à la salle d'opération. Cathétérisme de la vessie qui renferme un demi-verre d'urine très foncée, mais non sanglante. Toilette de la région au savon, alcool, éther, puis sublimé. Le champ opératoire est limité par des compresses stérilisées ; alèses chaudes et boules d'eau aux membres inférieurs. L'on commence l'anesthésie que l'on conduit prudemment. Le sommeil arrive relativement vite.

Assisté de nos camarades Boisson et Janot, nous pratiquons une incision de 15 centimètres commençant à un travers de doigt au-dessous

de l'ombilic, et sur la ligne médiane. La section de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané, tombe entre les muscles grands droits, laisse voir les plans fibreux sous-jacents. Boutonnière péritonéale. Le grand épiploon mis à nu vient bomber. Il est soulevé par du liquide que l'on aperçoit par transparence. L'index décolle le grand épiploon à sa partie inférieure, et aussitôt jaillit un flot de liquide louche, brunâtre, contenant des parcelles alimentaires. Le diagnostic étant confirmé, l'incision cutanée est agrandie, contourne l'ombilic et se termine à 4 travers de doigt au-dessus. Les anses qui se présentent dans le champ opératoire ont une couleur violacée, lie de vin. Quelques-unes sont faiblement aglutinées, par de véritables paquets d'exsudats fibrineux, jaunâtres qui se détachent très facilement. Les anses qui plongent dans le petit bassin présentent une inflammation très intense et sont dépolies. Au fur et à mesure que nous suivons avec prudence les anses plus enflammées, le liquide séro-stercoral jaillit avec plus d'abondance. Bientôt nous tombons sur une déchirure ovale mesurant environ 12 millimètres de diamètre, et dont le grand axe est orienté perpendiculairement à l'axe de l'intestin grêle. Cette anse est immédiatement amenée en dehors de la cavité, et repose sur une compresse bouillie chaude. Bien que la muqueuse soit légèrement éversée, elle ne suffit pas à oblitérer la perforation qui donne issue à des matières fécales semi liquides. L'index et le médius serrant modérément l'anse refoulent les matières stercorales dans les bouts supérieur et inférieur, et l'intestin à peu près vide est maintenu par deux aides, pendant que l'oblitération est pratiquée.

1^o Suture de la muqueuse très éversée, en surjet à la soie.

2^o Suture séro-musculaire de Czerny, à la soie.

3^o Enfin, quelques points séro-séreux de Lembert pratiqués parallèlement à l'axe de l'intestin invaginent cette deuxième suture dans un pli longitudinal de l'intestin dont le calibre est relativement très peu rétréci. Après cela on examine la suite de l'anse blessée, et on arrive au cæcum qui n'est pas intéressé. Revenant d'un bond au fil, indiquant la perforation on examine le bout supérieur, dont on enlève au fur et à mesure avec des tampons imbibés d'eau boriquée tiède les exsudats qui les recouvrent par place. On arrive bientôt à une portion d'intestin moins rouge, moins distendu et relativement saine : ce qui autorise à cesser l'exploration et à commencer la toilette. d'autant plus urgente que la face du blessé se congestionne. On éponge rapidement avec des compresses en gaze le liquide fécaloïde

dans lequel baignent les anses intestinales profondes et les organes du petit bassin.

La quantité totale du liquide pathologique qui remplissait la cavité abdominale peut être évaluée à 1 litre 1/2 environ. On fait passer environ 2 litres d'eau borbiquée à 38°, puis deux litres d'eau bouillie et salée à 7 0/0. On éponge et on plonge jusqu'au petit bassin une longue bande de gaze iodoformée qui servira de drain.

Il est 8 heures 1/2 environ. Le malade a convenablement respiré et l'anesthésie s'est prolongée sans incident. Le pouls est resté petit, très rapide, mais régulier. On commence par un surjet au fil de soie la suture du péritoine, quand la respiration du malade se ralentit brusquement, devient de plus en plus superficielle, accompagné de pâleur de la face et des lèvres. On applique vivement les deux électrodes d'une pile sur les muscles inspireurs pendant qu'on administre au blessé une injection sous-cutanée à 0,50 cent. de caféine et 3 c.c. d'éther. Le malade se ranime assez vite. Les inspirations redeviennent plus profondes et l'état du blessé permet de terminer rapidement l'opération. Un deuxième plan de sutures en surjet à la soie comprenant une grande épaisseur de tissus réunit solidement les grands droits jusqu'au-dessus du drain. Enfin les deux lèvres de l'incision cutanée sont réunies au crin de Florence. Lavage du champ opératoire au sublimé. Poudre d'iodoforme sur la gaze qui sort de l'abdomen, gaze iodoformée, compresses de gaze stérilisées. Ouate hydrophile et matelas épais d'ouate ordinaire que l'on serre avec une large bande de toile. Le pansement ouaté recouvre la base du thorax, l'abdomen et le haut des cuisses.

Les extrémités inférieures sont pourvues de bottes ouatées. Pendant ce temps, le malade se réveille progressivement, prend quelques gorgées de champagne glacé, se trouve très bien et parle avec sa pleine lucidité. Transporté avec précaution à son lit chauffé préalablement, il est isolé de ses camarades et entouré de boules d'eau chaude. Il est à ce moment 9 heures 1/4.

L'influence du chloroforme est complètement dissipée vers 10 heures 1/2. Le malade se plaint de respirer avec difficulté et témoigne de l'agitation. Vers midi la dyspnée est plus intense, et n'est calmée qu'un instant par l'élévation de la tête et des épaules.

La soif est très vive. Elle est combattue par des gorgées de champagne frappé, que le blessé ingère avec avidité. Malgré les injonctions de ceux qui l'entourent, D... veut toujours changer de position. Il se plaint que son pansement le gêne, l'opprime, l'empêche de respirer.

Vers une heure, D... dit souffrir beaucoup moins. Le visage et la partie supérieure du thorax sont couverts de sueur. Vers 2 heures, il essaie à plusieurs reprises de dormir, ne peut y parvenir et se plaint d'une envie impérieuse d'uriner. Le cathétérisme tenté pour satisfaire le blessé reste sans résultat.

Vers 3 heures les crises de dyspnée vont croissant et D... *meurt* par syncope à 3 heures 40.

L'autopsie est faite 24 heures après la mort et, pour des raisons de famille, est limitée à la cavité abdominale.

A l'ouverture du ventre qui est très peu ballonné on constate que les exsudats fibrineux n'ont pas reparu et qu'il n'y a dans la cavité péritonéale que très peu de liquide. Ce liquide est louche, non purulent. L'intestin grêle est moyennement distendu par les gaz, très congestionné et d'autant plus violacé qu'on se rapproche de la perforation. Le gros intestin (colon transverse surtout) présente quelques adhérences avec les anses d'intestin grêle voisines. La face inférieure de l'estomac est couverte d'exsudats fibrineux. Il en est de même du foie dont les deux faces supérieure et inférieure sont recouvertes d'exsudats analogues. L'arrière-cavité des épiploons présente les mêmes lésions. En somme, on trouve les lésions de la péritonite généralisée, à forme plutôt inflammatoire vers le diaphragme, plutôt septique vers le petit bassin. On déroule l'intestin grêle et le gros intestin dans toute leur longueur. On ne trouve pas d'autres perforations que celle qui a été formée lors de l'opération. Celle-ci siège à 2 m. 50 cent. au-dessus du cæcum. Elle est complètement fermée par les points de suture faits le matin, et l'occlusion est telle qu'il est impossible d'y faire passer une goutte d'eau. On ouvre l'intestin à ce niveau et l'on voit au point diamétralement opposé à la perforation, une infiltration ecchymotique intense de la paroi ; ce qui peut expliquer le mécanisme de la rupture.

Il semble qu'au moment où le blessé a été frappé, l'intestin grêle était très distendu et en pleine fonction de digestion. Le point ecchymosé correspondait au point traumatisé directement, le point déchiré représentait le sommet du cône produit par le choc du liquide violemment déplacé. Malgré les recherches minutieuses, il a été impossible de rencontrer soit sur la couche musculaire ou sur le péritoine pariétal, soit sur la colonne vertébrale, aucune trace d'ecchymose pouvant faire rentrer cette rupture dans la catégorie de celles décrites par MM. les professeurs agrégés Chavasse et Moty où l'intestin avait été pincé et contusionné entre le fer du cheval, d'une part, et la colonne

verfébrale, d'autre part. On remarque cependant une ecchymose très superficielle sur la peau de la région inguino-pubienne à 2 cent. au-dessus de l'épine pubienne droite. Ses dimensions mesurent 2 cent. de long sur 8 mm. de large.

(HASSLER, médecin-major de 1^{er} classe. Répétiteur à l'école au service de santé militaire).

On est intervenu en pleine péritonite, Une laparotomie précoce aurait seule pu sauver le blessé. Nous répondons à M. Hassler qu'il est trop tard d'attendre, pour opérer, que le diagnostic de péritonite suraiguë soit probable.

OBSERVATION INÉDITE n° 20. — *double rupture de l'intestin grêle. (Elle nous a été gracieusement communiquée par M. le docteur Chaput).*

Le 7 juin 1895, à 5 heures du soir, rentrait à l'hôpital Tenon un malade qui avait reçu le matin même, à cinq heures, un coup de pied de cheval dans l'abdomen, à bonne distance (un mètre environ). M. Ravannier, interne de garde qui le reçut, constata à son entrée que son ventre était ballonné et douloureux. Le poulx était filiforme. Il y avait des vomissements porracés. Il fit mander en toute hâte le chirurgien de garde. M. le docteur Chaput fit une laparotomie à 9 heures du soir, seize heures après l'accident. La paroi était légèrement œdématisée. Le péritoine ouvert, le liquide qui s'en échappait ressemblait à du bouillon sale, mais non fétide. Les anses intestinales étaient unies par des fausses membranes et leur couleur était d'un rouge violacé.

Recherche de l'anse blessée par l'exploration simple au moyen de l'index. Impossibilité d'y arriver à cause de l'induration inflammatoire des autres anses.

Lavage du péritoine. Dévidement, éviscération. On trouve une double rupture de l'intestin grêle, la supérieure comprenait les quatre cinquièmes de la circonférence de l'intestin, l'inférieure était une rupture totale. Ces deux lésions étaient à une distance de 20 centimètres l'une de l'autre. Résection de l'anse intermédiaire.

Lavage du péritoine et de l'intestin éviscéré : M. Chaput établit un anus contre nature. Le 8 juin la température était le matin de 35° et le malade mourut à midi. Pas d'autopsie.

L'intervention a lieu seize heures après l'accident et cependant le malade a déjà le ventre ballonné et douloureux, le poulx filiforme et des vomissement porracés, c'est-à-dire que la laparotomie est faite en pleine période péritonéale.

La tardivité de l'opération est donc seule à incriminer et nous sommes persuadés qu'une intervention très précoce eut seule pu sauver le malade.

OBSERVATION. n° 21. — *Rupture de l'iléon.*

Homme, 34 ans, atteint d'une contusion de l'abdomen au cours d'une dispute. Vives douleurs et nausées pendant la nuit. Au bout de dix-huit heures, on ouvre le ventre et l'on trouve trois sortes de lésions ; une rupture transversale de l'iléon occupant les deux tiers de sa circonférence et à la jonction du tiers supérieur avec le tiers moyen ; au même niveau, déchirure du mésentère, d'un pouce et demi de diamètre environ ; enfin l'épiploon, au-dessus de l'ombilic, présente aussi une large déchirure. Existence d'une péritonite aiguë septique dans la fosse iliaque et les régions ombilicale et hypogastrique, qui fait renoncer à l'entérorrhaphie. Création d'un anus artificiel. Cessation presque immédiate des accidents aigus. Au bout de quatre semaines, le malade ne pouvant reprendre des forces en raison de l'issue constante des matières intestinales, on tente la fermeture de l'anus artificiel ; libération de l'intestin ; résection des bouts déchirés ; suture circulaire de Lembert ; durée de l'opération deux heures un quart. — *Mort* de l'opéré treize heures après. La mort ne doit être attribuée qu'à l'état de faiblesse de l'opéré, car l'autopsie montra que les sutures avaient été bien faites et que le péritoine était indemne. (CROFT. *Lancet*, 1887, et *Trans of. clin. Soc.* vol. XXI, p. 254) (SIEUR, *loc. cit.*)

Voici une laparotomie faite dix-huit heures après l'accident et malgré l'existence d'une péritonite aiguë, elle donne un heureux résultat. Mais un anus contre nature que l'on veut fermer 4 semaines après l'accident amène la mort de l'opéré qui, dit le chirurgien, doit être seule attribuée à la faiblesse de l'opéré.

OBSERVATION, n° 22. — *Rupture de l'intestin grêle.*

Homme, 58 ans, porteur d'une hernie insuffisamment maintenue par un bandage herniaire. Contusion violente de l'intestin hernié par une pression brusque du bandage. Signes d'une hernie étranglée.

Laparotomie faite vingt heures après ; rupture incomplète de l'intestin grêle ; sutures. *Mort* huit heures après. Pas d'autopsie. (FRITZ-HEROLD, *Australian méd. J.* 1883, p. 261.) (SIEUR *loc. cit.*)

OBSERVATION n° 23. — *Section complète et attrition du jéjunum.*

Le 16 décembre 1894, entré à l'hôpital Beaujon, un palefrenier de 40 ans, qui venait de recevoir un violent coup de pied de cheval dans la région abdominale. Vingt heures après l'accident, la gravité des signes observés conduisit le chirurgien à faire une laparotomie exploratrice. Il y avait section complète et attrition du jéjunum à peu de distance du duodénum. Malgré la rapidité de la résection de l'intestin suivie d'entérorrhaphie, le blessé *succomba* le lendemain matin.

(MICHAUX, *Mémoire à la Société de Chirurgie*, 1895).

La laparotomie n'a eu lieu que vingt heures après ; mais le chirurgien se trouve en présence d'une lésion des plus graves, puisque il y a une section complète du jéjunum ; seule en pareil cas une intervention presque immédiate aurait eu les plus grandes chances de sauver le blessé.

OBSERVATION n° 24. — *Rupture complète de l'intestin grêle.*

Homme adulte, serré fortement entre un mur et la roue d'une voiture. On diagnostique une rupture de l'intestin. Vingt heures après l'accident laparotomie qui permet de découvrir une rupture circulaire de l'intestin ; sutures de Lembert ; nettoyages de la cavité abdominale. *Mort*. Il existait une deuxième rupture de l'intestin qui était restée inaperçue au moment de l'intervention. (DEMONS. *Congr. fr. de Chir.*, 1885). (SIEUR, *loc. cit.*)

La mort est due dans ce cas à une deuxième rupture de l'intestin qui était restée inaperçue au moment de l'intervention ; mais alors même que cette perforation aurait été obstruée, nous croyons que la laparotomie était bien tardive pour amener un heureux résultat, surtout en présence d'une rupture circulaire de l'intestin.

OBSERVATION INÉDITE n° 25. — *Rupture totale de l'intestin grêle.*
(Elle nous a été gracieusement communiquée par M. le Dr Nélaton.

Le 11 décembre 1893, dans la soirée, entre à la salle Nélaton, 1^e nommé Gèbrat Henri, ferblantier, âgé de 21 ans : il avait reçu à deux heures du soir, dans la fosse iliaque gauche, un coup de pied de cheval.

L'aspect du malade examiné le 12 décembre, à la visite du matin, par M. le docteur Nélaton, était assez bon ; il y avait un très léger météorisme, une dissociation du pouls et de la température et une douleur localisée très vive à gauche ; pas de vomissements. L'état du malade paraît assez satisfaisant pour que M. Nélaton hésite à intervenir. Il fait examiner le blessé par M. Félizet et ces deux chirurgiens, après examen, se basant sur la dissolution du pouls et de la température et sur la douleur localisée, décidèrent l'intervention.

A la laparotomie faite 21 heures après l'accident, on trouva une rupture totale, circulaire, d'une anse intestinale grêle. Par l'ouverture de l'intestin et à même le péritoine, on retire 0,50 cent. de tœnia, nageant au milieu d'un demi-litre de sang.

Entérorraphie circulaire. *Mort* au bout de 24 heures.

A l'autopsie, on retrouve deux petites perforations passées inaperçues pendant l'opération.

OBSERVATION n° 26. — *Sphacèle de l'intestin grêle, suite de contusion.*

Femme de 42 ans, reçoit dans le ventre un violent coup de timon d'omnibus.

Laparotomie faite vingt-deux heures après ; déchirure transversale des muscles, des aponévroses de la paroi abdominale ; déchirure du mésentère sur une étendue de 20 centimètres et contusion très marquée de l'intestin grêle correspondant. — Résection et suture de l'in-

testin ; pansement à la Mickulicz de la partie la plus atteinte de la paroi abdominale. *Morte* d'épuisement dans la soirée après un commencement de réaction. A l'autopsie, on trouve encore une déchirure à la partie postérieure du foie et de la corne inférieure du rein droit. (VILLENEUVE C. R. de la 20^e session de l'association française pour l'avancement des Sc. marseillaise, 1891, p. 796). (SIEUR loc. cit.)

Les lésions multiples, déchirure et contusion du mésentère, contusion très marquée de l'intestin grêle correspondant, déchirure de la partie postérieure du foie et de la corne inférieure du rein droit nous donnent à penser qu'il était bien difficile d'obtenir un heureux résultat dans une intervention précoce ; à plus forte raison après une laparotomie tardive.

OBSERVATION n° 27. — GROSS. (*Mémoire sur le traitement des contusions de l'abdomen*, 40 janvier 1894). — *Chute sur le ventre. — Rupture de l'intestin grêle. — Péritonite. — Laparotomie in extremis. — Mort.*

Le nommé G..., Charles, âgé de 62 ans, raboteur à la Compagnie des Chemins de fer de l'Est, en se promenant le 21 juillet 1889 à la Pépinière, était tombé sur un des petits arceaux en fer qui bordent les pelouses. Il éprouva aussitôt une vive douleur dans le bas-ventre, mais put rentrer chez lui. Arrivé à la maison, il se mit à vomir et le lendemain matin, le docteur Etienne le trouva en pleine péritonite avec un état général des plus graves. Facies grippé, pouls petit, filiforme, rapide. Température peu élevée. Ventre ballonné, douloureux, surtout dans la région sous-ombilicale. Vomissements opiniâtres, ni gaz, ni selles.

M. Gross voit le blessé vers six heures du soir. Son état n'avait fait qu'empirer. Le pouls était petit, misérable, extrêmement fréquent ; les extrémités étaient refroidies. La situation était des plus graves.

Le blessé transporté à l'hôpital où M. Gross pratique la laparotomie. *Mort* le lendemain matin.

Observation qui nous montre qu'une légère intensité des traumatismes n'est pas toujours en rapport avec de petites lésions.

La mort survient ici après la laparotomie qui est faite à la dernière extrémité.

OBSERVATION n° 28. — *Rupture de l'intestin grêle.*

Homme 29 ans, reçoit un double coup de pied de cheval dans la région épigastrique. Douleur vive immédiate ; le soir, début d'une péritonite qui est en pleine évolution le lendemain.

Vingt-trois heures après l'accident, incision médiane sous-ombicale de 10 à 12 centimètres ; issue d'un liquide brun-noirâtre abondant mélangé de parcelles fécaloïdes. L'intestin dévidé sur une longueur de 1 mètre présente sur un point un commencement de gangrène, et 5 ou 6 centimètres plus loin, une perforation de la grandeur d'une pièce de 50 centimes.

Résection des parties malades sur une étendue de 10 centimètres ; suture circulaire de Lembert ; lavage et drainage du péritoine.

Amélioration de l'état général et atténuation des symptômes péritonéaux ; débâcle intestinale, le troisième jour, mais en même temps issue d'une certaine quantité de matières fécales. Malgré cette complication, l'amélioration était telle que le dixième jour, on songea à traiter l'anus contre nature. Malgré une exploration soignée faite avec le doigt, le malade est pris le même jour d'un violent frisson et *meurt* le lendemain d'une péritonite suraiguë.

La suture intestinale avait cédé sur sa moitié antérieure par suite de la névrose, des bouts intestinaux. Les adhérences qui s'étaient établies dans les anses voisines avaient été en partie rompues lors du dernier examen et les matières fécales avaient pu fuser dans le petit bassin. (BOUILLY, *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 1883, p. 690.) (SIEUR, *loc. cit.*).

C'est la première intervention tentée pour contusion de l'abdomen ; elle peut être considérée comme un succès opératoire malgré la péritonite en pleine évolution, malgré la gravité des lésions, malgré une entérectomie et une entérorrhaphie, et une légère complication (formation d'un anus contre nature). Le malade allait si bien que Monsieur Bouilly voulut tenter de fermer l'anus contre nature ; cet essai coûta la vie à son malade.

OBSERVATION n° 29. — *Anse intestinale grêle, détachée du mésentère.*

Le jeudi 2 août, à 7 h. 30 m. du soir, un charretier de 33 ans était monté sur son haquet chargé de deux étages de tonneaux vides. Le cheval fait un faux pas, le charretier est projeté sur la chaussée. Avant qu'il puisse se relever, une des roues de la voiture lui passe sur le ventre et sur le bras droit. On relève le blessé, on le conduit au poste de police où il passe la nuit, et le lendemain seulement, à 7 heures, on l'amène à l'hôpital Beaujon.

A l'heure de la visite, le chirurgien le trouve avec une petite plaie du coude droit, aucune trace de violence n'est visible sur la paroi abdominale, cependant le malade se plaint du ventre qui n'est pas ballonné. Il souffre en toussant, en respirant fortement. Sa température est de 37°6, son pouls est fort, peu fréquent, Il n'y a pas de vomissements. Le praticien prescrit un traitement médical, et fait prendre la température du malade à deux reprises dans l'après-midi.

A 3 h. 30 m. elle est de 38°4 ; à 5 h. le thermomètre accuse 38°5. L'intervention est décidée par l'élévation de la température. Laparotomie médiane le 3 août, à 6 heures du soir, vingt trois heures environ après l'accident. Et on trouve, à l'étonnement du chirurgien, à 45 centimètres environ du cæcum, une anse intestinale de 25 centimètres complètement détachée de son mésentère. Cette anse est absolument flasque, et du plus beau vert de bronze florentin, qu'on puisse imaginer.

On pratique une large résection. Pour diminuer la durée du traumatisme, les deux bouts furent réunis en canon de fusil et suturés à la partie inférieure de l'incision abdominale, après nettoyage soigné avec des éponges aseptiques.

Mais l'infection était déjà faite, et le malade *succomba* malgré les efforts du praticien, le 5 août, au bout de deux jours.

« Je suis convaincu dit M, le docteur Michaux, que si je l'avais opéré six ou huit heures plus tôt, je l'aurais probablement sauvé ».

(MICH AUX. *Mémoire à la Société de Chirurgie* 1895).

Les causes de la mortalité dans cette observation sont suffisamment indiquées par M. le docteur Michaux pour que nous n'ayons pas besoin d'insister.

OBSERVATION 30. — *Rupture du côlon transverse.*

Homme, 23 ans, reçoit un violent coup de pied de cheval dans le ventre. Collapsus immédiat. Le lendemain, symptômes très manifestes de péritonite suraiguë septique qui font décider l'intervention.

Incision ayant son centre, à l'ombilic issue d'une grande quantité de liquide trouble, forte ecchymose de l'épiploon et déchirure du côlon transverse de trois quarts de pouce de diamètres. Avivement des bords de la rupture ; suture de Lembert à deux plans en ayant recours à une frange d'épiploon ; fermeture d'une déchirure du péritoine ; lavage de la cavité abdominale, durée de l'opération une heure et demie. *Mort* dans le collapsus, neuf heures après. Croft attribue ce dénouement à l'influence de shock dont la gravité a été très appréciée par l'état d'épuisement dans lequel se trouvait son malade au moment de l'accident) (*Croft-Lancet*, 17 janvier 1891, p. 142) (SIEUR *loc. cit.*)

Il faut incriminer aussi la tardivité de l'intervention faite 24 heures après le traumatisme, en pleine péritonite suraiguë septique.

OBSERVATION n° 31. — *Déchirure de l'iléon.*

Homme, 40 ans, reçoit une poutre sur le ventre. Dans l'aîne gauche tumeur facilement réductible, à sonorité tympanique. On pense à l'existence d'un sac herniaire préformé rempli par le contenu d'une anse perforée. Symptômes de péritonite.

Intervention faite au bout de vingt-quatre heures : déchirure de l'iléon d'un centimètre d'étendue : issue d'une grande quantité de matières intestinales, suture de l'intestin ; toilette du péritoine. *Mort* neuf jours plus tard de péritonite. (CZERNY, *Berl. Klin. Woch.* Octobre 1887) (SIEUR, *loc. cit.*)

Ce n'est qu'après avoir bien constaté d'apparents symptômes de péritonite que le blessé, dont nous parle Czerny est opéré ; malgré cela il y eut une amélioration temporaire, puisque le malade survécut 9 jours après l'opération, mais l'infection reprit bientôt et amena la mort.

OBSERVATION n° 32. — *Rupture de l'intestin grêle.*

Femme 20 ans, reçoit dans le côté gauche du ventre un coup de talon. Pas de perte de connaissance ; peut monter un escalier et se rendre chez elle. Elle présente alors des signes d'étranglement interne.

Au bout de vingt-cinq heures, laparotomie qui fait rencontrer une rupture de l'intestin grêle. Même traitement, même résultat. *Guérison* (JAHODO etc.) SIEUR *loc. cit.*).

OBSERVATION n° 33. — *Rupture de l'iléon.*

Enfant de 8 ans, peut parcourir une distance de 400 mètres, après le traumatisme. Shock très prononcé et signes de péritonite suraiguë. Vingt-sept heures après, laparotomie qui fait découvrir une rupture de l'intestin située à deux pieds et demi de la valvule iléo-cæcale, et une grande quantité de matières fécales dans le péritoine. Suture de l'intestin. *Mort* deux heures après, pas d'autopsie. (WAGGUER. Saint-Louis *Cour. ôf. méd.* XVI, p. 204, 1886). (SIEUR, *loc. cit.*)

C'est en pleine péritonite que se fait la laparotomie dans l'observation ci-dessus rapportée. Résultat : mort.

OBSERVATION INÉDITE n° 34. — (*Elle nous a été gracieusement communiquée par M. le docteur Chaput*). — *Rupture complète de l'intestin grêle avec déchirure d'une veine du mésentère consécutives à un coup de pied de cheval. — Laparotomie 28 heures après l'accident. Mort quatre heures après l'opération.*

Castellani Jacob, âgé de 25 ans, palefrenier, entre le 24 septembre 1888, à l'hôpital Tenon, dans le service de M. Blum, suppléé par M. le docteur Chaput, pour un coup de pied de cheval reçu le matin à 7 heures, au niveau de la région ombilicale. Il tombe à la renverse et se décide à cause de ses violentes douleurs à l'abdomen, à rentrer à l'hôpital à 11 heures et demie.

A trois heures de l'après-midi, il n'y a pas encore eu de vomisse-

ment mais les douleurs ombilicales sont très vives, surtout à la pression. Le malade a uriné à deux reprises ; l'urine était normale.

Pas de ballonnement du ventre.

Pas d'ecchymose cutanée.

A six heures du soir la température monte à 38°. Les douleurs sont moins vives, le malade a quelque peu dormi et de nouveau uriné. A deux reprises, il a eu des vomissements muqueux.

On lui fait une piqûre de morphine et de la compression ouatée sur le ventre.

Le 25 septembre la température est de 37°4, mais depuis trois heures du matin, les douleurs ont augmenté. Pas d'urine depuis la veille à 6 heures, pas de nouveaux vomissements non plus ; le facies devient péritonéal.

Le pouls est très faible et rapide : le ventre légèrement ballonné est douloureux à la pression au niveau de la région ombilicale et de l'hypochondre droit ; à gauche les douleurs sont moins fortes.

A dix heures, le malade a eu quelques vomissements verdâtres ; sa langue est sèche, il est prostré. Le pouls est petit, misérable.

M. le docteur Chaput porte le diagnostic de rupture vicérale portant très probablement sur l'intestin grêle.

La laparotomie décidée immédiatement est pratiquée aussitôt ;

Incision médiane, commençant en haut à égale distance de l'appendice xiphoïde et de l'ombilic et descendant jusqu'au voisinage du pubis.

A l'ouverture du ventre s'écoule une quantité considérable, environ un ou deux litres de liquide brunâtre ressemblant à du sang, d'odeur non nettement fécale mais contenant quelques débris de matières stercorales.

Les anses intestinales sont très distendues, très rouges, agglutinées entre elles et recouvertes de fausses membranes, épaisses, d'apparence couenneuses, formées de fibrine.

Lavage du péritoine avec une solution boriquée chaude. Déroulement de l'intestin à partir du cæcum et en remontant le tube digestif. M. Chaput rencontre ainsi une déchirure du mésentère longue de 1 cent. 1/2 environ, déchirure qui saigne abondamment, et qu'il suture au catgut. Un peu plus haut à un mètre cinquante du duodénum environ rupture complète de l'intestin grêle prolongée sur le mésentère d'une longueur de 3 à 4 centimètres. Lavage de chacun des bouts à l'aide d'une canule introduite profondément dans le canal intestinal et toujours à l'eau boriquée tiède.

Lavage du péritoine ; puis M. Chaput lie en masse les deux bouts de l'intestin et les fixe à une broche qui les maintient entre les lèvres des parois abdominales.

Drainage du péritoine au moyen d'un gros tube de caoutchouc et suture de la paroi.

Après l'opération, le malade est dans un collapsus profond et se réveille après plusieurs piqûres d'éther ; le pouls est à 160.

Dans l'après-midi le pouls est incomptable, le malade délire et s'agite ; la température monte à 39° 8°. A cinq heures, le malade, après avoir vomé, *meurt* presque subitement.

Autopsie. — L'abdomen est ballonné et la paroi abdominale en voie de décomposition.

Les anses de l'intestin grêles sont adhérentes.

Les deux bouts de l'intestin liés à la paroi sont déjà réunis par des adhérences filamenteuses. La rupture siégeait à 1 m. 35 cent. du duodénum.

Pas d'autre perforation, pas d'hémorrhagie, pas d'épanchements dans l'abdomen.

Le gros intestin est peu distendu, mais couvert d'un dépôt fibrineux.

Pas de plaie du foie, ni du rein, ni d'aucun autre organe de l'abdomen.

Monsieur Chaput pense que, seule, une laparotomie précoce, tout au moins avant l'apparition de la péritonite, aurait pu sauver le blessé.

OBSERVATION n° 33. — *Rupture de l'iléon ; laparotomie pratiquée à la dernière extrémité ; suture de l'intestin. — Mort au bout de six heures.* (GRÉGORY. *Mac-Cormac's monogr*, 1887). (SIEUR *loc. cit.*)

Dans cette observation, l'intervention eut lieu quand le malade était à la dernière extrémité. *Le résultat malheureux* ne se fit pas attendre.

OBSERVATION n° 36. — *Rupture de l'iléon et déchirure du point correspondant du mésentère.*

Homme, 39 ans, heurté au niveau de l'hypogastre par le brancard d'une voiture. Vive douleur immédiate, impossibilité absolue de marcher. Shock consécutif très accentué, qui fait renoncer à une laparotomie immédiate. Dans la nuit, tympanisme abdominal très étendu, matité profonde sous ombilicale.

Au bout de trente heures, incision de 4 pouces de long, sur la ligne médiane, issue de 3 pintes de sang à demi coagulé. On doit examiner à deux reprises la masse intestinale avant de découvrir une déchirure du mésentère correspondant à une petite rupture de l'iléon. Un vaisseau mésentérique rompu est lié. Suture de l'intestin et nouveau lavage du péritoine. Pour pouvoir rentrer les anses intestinales, on doit laisser sortir une grande quantité de gaz par deux petites incisions longitudinales que l'on referme ensuite par des sutures de Lambert. Drainage.

Le lendemain, malade très faible, pouls filiforme, pansement souillé de sang. *Mort* dix-neuf heures plus tard.

A l'autopsie, on trouve une pinte de sang épanché dans le péritoine, provenant d'un vaisseau de l'intestin grêle qu'on avait omis de lier. (BRIDGON. *N. York, med. J.*, 1889, XLIX, p. 692.) (SIEUR *loc. cit.*)

C'est au bout de trente heures, alors que l'on a constaté du tympanisme abdominal, que l'on s'est décidé à opérer ; ici encore il y avait péritonite déclarée, péritonite qui seule est à incriminer.

OBSERVATION n° 37. — *Contusion de l'abdomen — Péritonite traumatique. — Laparotomie tardive ; mort 12 heures après l'opération.*

L. Jules, 24 ans, soldat de 2^e classe au 3^e régiment de chasseurs d'une forte constitution, n'ayant pas encore été malade ni avant ni depuis son incorporation, est atteint le 29 novembre 1894, à 5 heures du soir, par un coup de pied de cheval à l'abdomen ; il est de suite transporté à l'infirmerie. Arrivé près du blessé un quart d'heure après l'accident, le chirurgien recueille les renseignements suivants : en voulant reprendre un cheval qui s'était échappé, L... reçut un coup

de pied. Il tomba immédiatement, fut relevé sans connaissance et porté à l'infirmierie où il revint immédiatement à lui.

A l'infirmierie, on constate que le facies est pâle et inquiet : le pouls à 90 est régulier, mais faible ; la parole entrecoupée est presque éteinte. Le blessé se plaint d'une douleur vive au niveau de l'ombilic, où il croit avoir été atteint par le pied du cheval : le coup aurait été porté directement. Il y a quelques nausées ; mais il n'y a pas de vomissements. Notons qu'il n'a rien pris depuis dix heures du matin.

On veut le faire étendre sur un matelas pour l'examiner, mais la tension des muscles abdominaux est très pénible ; pas de trace apparente du coup de pied sur les téguments. La douleur à la pression est assez étendue, accusée principalement au niveau et autour de l'ombilic, surtout à droite. Avec de grandes précautions, il est transporté à l'hôpital. Un vomissement se produit dans le trajet. Prescription d'un lavement laudanisé ; vessie de glace sur l'abdomen ; diète de boissons et d'aliments : on donnera seulement quelques morceaux de glace à sucer si le malade a soif ou est pris de vomissements.

30 novembre : La nuit n'a pas été bonne. Insomnie, vomissements bilieux, mais non sanguinolents. Le malade a émis pendant la nuit 1/2 litre d'urine normale.

A la visite du matin, l'état du malade paraît assez satisfaisant. Le facies est bon, nullement grippé. T. 37°8 ; P. 90, faible, la langue est un peu sèche : la douleur abdominale toujours vive à la pression est encore diffuse : le ventre n'est pas ballonné et paraît bientôt rétracté ; pas de sonorité tympanique au-dessous du foie. Même traitement.

Dans la journée, l'état du malade reste sensiblement le même. A 2 heures on doit sonder, car il y a de la rétention d'urine. Il n'a pas rendu de gaz ni de matières par l'anus. Le soir, T. 38°3. P. 96, faible. En présence de cet état, l'expectative semble indiquée au chirurgien qui permet une cuillerée à bouche de lait glacé de temps en temps.

1^{er} décembre. Dans la nuit quelques vomissements bilieux peu abondants sont survenus : le malade a été agité, malgré un lavement laudanisé.

A la visite du matin L... a un facies pâle, un peu tiré ; un léger bistre entoure les yeux : T. 38°. P. 116, petit, filiforme, mais régulier. Les vomissements n'ont pas reparu depuis 4 heures du matin. On constate un léger gonflement du ventre entre le pubis et l'ombilic. Cette tumé-

l'action est dure et mate à la percussion ; pas de météorisme ni de tympanisme. La douleur, très vive à la pression, est surtout localisée à la région sous-ombilicale ; au-dessus de l'ombilic et vers les hypochondres la pression est moins douloureuse et la paroi abdominale se laisse assez bien déprimer. La rétention d'urine persiste.

Les symptômes présentés par le malade paraissent assez inquiétants pour que l'on estime une intervention indispensable à brève échéance.

Après ouverture du ventre on trouve une péritonite exsudative ; mais pas la moindre trace de lésion de l'intestin grêle. Après une toilette minutieuse de l'intestin un lavage soigneux du péritoine est pratiqué avec de l'eau distillée, additionnée de 7 grammes pour 1000 de chlorure de sodium puis avec de l'eau distillée bouillie. Ces eaux ont une température de 42°. Les anses intestinales et le mésentère sont touchés dans les parties leurs plus malades avec une compresse imprégnée de naphtol camphré.

Après plusieurs tentatives infructueuses je réussis à rentrer dans l'abdomen la masse intestinale distendue par des gaz.

La plaie abdominale est saturée et drainée. Pansement iodoformé ouaté.

Après une amélioration passagère le malade *meurt* 12 heures après la laparotomie, 58 heures après l'accident.

A l'autopsie on trouve une perforation du duodénum située, à sa partie inférieure de la dimension d'une pièce de 1 fr. Le reste de l'intestin ne présente pas d'altération autre que celle notée au cours de l'opération. Pas de lésion du rein gauche ni des vaisseaux voisins.

DARDE. — *Archives de Méd. et de Phar. militaires.* avril 1895.

Laparotomie faite en pleine période de péritonéale ; les exsudats sont si étendus, qu'une perforation du duodénum passe inaperçue.

Mort par péritonite qu'une intervention hâtive aurait probablement empêché de se déclarer.

OBSERVATION N° 38. — *Rupture de l'iléon.*

Homme adulte reçoit un coup vers la région ombilicale. A son entrée à l'hôpital, ventre tendu, tympanique ; collapsus grave qui fait

rejeter l'intervention. Le lendemain, quoique le sujet fût dans le même état on se décida à l'opérer.

Laparotomie médiane quarante et une heure après le tramdatisme, issue d'un liquide verdâtre contenant quelques débris alimentaires. L'iléon présente à deux pieds de son extrémité inférieure une rupture d'un pouce d'étendue. *Mort* six jours après, pas d'autopsie. ED. CIVEN. *Lancet*, 1885, t II, P. 663. (SIEUR, *loc. cit.*).

Ventre tendu, tympanisme, signes de péritonite qui décident le chirurgien à intervenir, mais trop tardivement puisque s'en suit, 6 jours après, la mort.

OBSERVATION INÉDITE n° 39. — *Déchirure de la demi-circonférence de l'intestin grêle. (Elle nous a été gracieusement communiquée par M. le Docteur Chaput).*

Le 17 novembre 1888, fut laparotomisé à l'hôpital Necker le nommé X., qui avait reçu quarante-huit heures auparavant, un coup de pied de cheval dans la région ombilicale. Le malade s'était affaïssé sans perdre connaissance, et ressentait une vive douleur au point frappé. Dans la soirée qui suivit son accident, les vomissements survinrent. Le lendemain, les vomissements étaient verdâtres et il y avait du hoquet.

A son entrée à l'hôpital, le malade fut examiné par M. Albarran qui constata tous les signes d'une péritonite évidente ; la température était au-dessus de la normale, les extrémités froides, le ventre très sensible, les vomissements persistant, le pouls petit, le facies péritonéal. M. Chaput, chirurgien du bureau central, mandé en toute hâte, trouva l'état du malade plus mauvais encore. Le ballonnement du ventre était médiocre, le pouls très petit, les douleurs très vives à l'abdomen. Les vomissements plus fréquents étaient fécaloïdes, la température était de 38°, les extrémités étaient toujours froides malgré les précautions prises pour réchauffer le malade.

L'opération fut faite aussitôt :

Incision médiane allant du pubis à l'ombilic.

Après l'incision du péritoine il sort une certaine quantité de pus, puis du liquide fétide mélangé de gaz.

Exploration simple de l'intestin sur la ligne médiane au moyen de l'index seul. M. Chaput trouve, rapidement dans la région de l'ombi-

lic, une masse indurée au niveau de laquelle existe une déchirure de la demi-circonférence de l'intestin.

Lavage du péritoine à l'eau boriquée chaude suture de la déchirure et fixation de l'intestin à la paroi. Drainage.

Le malade *meurt* le lendemain à deux heures de l'après-midi.

A l'autopsie, M. Albarran trouve une énorme péritonite avec fausses membranes et pus, péritonite étendue à tout l'abdomen : les anses intestinales étaient tellement agglutinées qu'il a fallu un temps très long pour désinsérer l'intestin du mésentère.

Il n'y avait dans l'intestin d'autre perforation que celle suturée, pas même d'ecchymoses sur d'autres anses.

La suture intestinale avait bien tenu. L'estomac, le foie, les reins, la rate étaient sains. Pas de lésions des vaisseaux.

Petite ecchymose sous-péritonéale en arrière du colon ascendant.

Examinait à son entrée à l'hôpital le malade avait tous les signes d'une péritonite. Opéré dans ses fâcheuses conditions il meurt le lendemain et l'autopsie montre une péritonite étendue à tout l'abdomen.

OBSERVATION n° 40. — *Contusion simple.*

Homme, 30 ans, fait une chute d'un septième étage. Pas d'autres symptômes que de l'hématurie et un peu de douleur dans le flanc droit. Deux jours, après, état grave, ventre ballonné avec matité dans le flanc gauche.

Incision exploratrice de 15 centimètres au-dessus de la matité ; des éponges montées sont retirées imbibées de sang noirâtre. Rien du côté des viscères, de l'abdomen et en particulier du côté de la vessie. *Guérison* rapide. (MICHAU, idem SIEUR *loc. cit.*).

OBSERVATION n° 41.

Intervention trois jours après. Contusion de l'abdomen par coup de pied de cheval. Trois jours après signes de péritonite généralisée.

Contusion du mésocôlon et de la moitié droite du pancréas. *Mort* sept jours après l'accident.

(M. CHAUVEL, *Progrès médical*, 7 mars 1883.)

Les lésions multiples, contusion de mésocôlon et de la moitié droite du pancréas qui auraient demandé une intervention des plus hâtives avaient déterminé trois jours après l'accident des signes manifestes de péritonite généralisée ; malgré une légère amélioration, la péritonite reparut et la *mort* en fut la conséquence 7 jours après.

OBSERVATION, n° 42. — *Rupture (?) de l'iléon.*

Homme, 40 ans, fait un mouvement brusque et éprouve une douleur vive dans le ventre. Symptômes d'étranglement et bientôt de péritonite.

Laparotomie faite au bout de soixante-douze heures. Cavité abdominale contenant un litre de pus fétide et quelques morceaux de pomme de terre. Perforation de l'iléon de six centimètres de long sur quatre de large.

Excision des bords de cette ouverture suture à la soie ; toilette du péritoine. *Guérison* MIKULICZ TAGEBLATT d. 57. *Vers Deutsch nat.forsch med.terzte. Magd.*, 1884, p. 224.

OBSERVATION n° 43. — *Déchirure de l'intestin grêle.*

Observation Vautrin rapportée par Nimier dans les archives de médecine et de pharmacie militaire.

Le 17 janvier 1893, à 8 heures du matin, le canonnier Saint-Jean reçoit un coup de pied de cheval dans le côté droit de l'abdomen. Pas de syncope. A une heure de l'après-midi, douleur très vive, température 38° 9, pouls 102. Le pouls un peu fréquent est assez fort et très régulier ; pas d'éruption. Le soir quelques vomissements bilieux. Pas de ballonnement du ventre.

L'état du malade ne fait qu'empirer les jours suivants, et soixante treize heures après l'accident M. Vautrin pratique à la cocaine une incision exploratrice sous ombilicale ; l'ouverture du péritoine, laisse échapper un liquide jaunâtre, séro-pusulent avec des fausses mem-

branes. Le diagnostic vérifié, l'incision est agrandie. Les anses intestinales recouvertes de fausses membranes, sont décollées avec précaution. En partant du cœcum le dévidement de l'intestiu amène la découverte à 1^m 20 de l'appendice, d'une perforation de 2 à 3 centimètres de longueur à bords boursoufflés, noirâtres, laissant échapper des gaz et des matières fécales. Sutures de Lambert à la soie phéniquée. La cavité piritonéale est soigneusement et largement lavée à l'eau bouillie, puis à l'eau boriquée chaude. On enlève toutes les fausses membranes qui peuvent se détacher. L'opération a duré deux heures. *Mort* à une heure du matin.

OBSERVATION n^o 44. -- *Déchirure de l'iléon.*

Elle nous a été gracieusement communiquée par M. Mouchet interne du service de M. le professeur Le Dentu.

Le nommé R., est entré à l'hôpital Necker, salle Malgaigne dans le service de M. le professeur Le Dentu, le 17 juin 1895. Il avait reçu sur l'abdomen un coup de marteau de forgeron, maladroitement manié par un de ses camarades.

A son entrée le malade est très pâle, très affaîssé il répond difficilement aux questions qu'on lui pose, et se plaint de douleurs abdominales vives. Le ventre est sensible à la palpation. Pas de ballonnement. Absence de nausées et de vomissements.

Le pouls est normal, avec un peu moins d'ampleur cependant. Pas d'hypothermie.

On fait au malade une demi-pique de morphine. On lui met une vessie de glace sur le ventre et on lui administre une potion de Todd.

Le lendemain matin, après une nuit assez bonne, le malade se trouve bien ; il souffre peu du ventre ; le facies est bon. Le pouls et la température ne présentent rien d'anormal. — Diète lactée 0 gramme 40 centigrammes d'opium, à l'intérieur. Vessie de glace sur l'abdomen.

Le 19 juin, après une bonne nuit, le malade a des vomissements bilieux qui se répètent plusieurs fois dans la matinée. Dans la soirée, vomissements verdâtre porracés. Le facies devient un peu altéré, yeux cernés, joues creuses, nez effilé. Le pouls est moins plein et plus fréquent (95 pulsations) La température reste normale.

Dans la région hypogastrique, remontant à trois travers de doigt au

dessus du pubis, la palpation abdominale permet de sentir une tuméfaction mate.

Tout l'abdomen est sensible à la plus légère palpation. Le 20 juin devant l'altération croissante de la physionomie, devant l'aggravation de l'état général et local, l'intervention est décidée et pratiquée séance tenante par M. Brodier chef de service assisté de M. Mouchet interne du service.

Anesthésie par l'éther. A l'ouverture de la cavité péritonéale on trouve des néo-membranes assez adhérentes et difficiles à détacher par places, un liquide sero-purulent peu abondant et fécaloïde. Perforation de la dimension d'une pièce de un franc sur l'iléon, à 40 ou 50 centimètres environ du cæcum ; à bords très mâchés et ecchymotiques. Dans quatre ou cinq points du voisinage, on observe des déchirures de la paroi intestinale en coups d'ongle et assez étendues de 6 à 8 centimètres environ. Ces déchirures atteignent presque toutes l'épaisseur de la paroi ; la muqueuse seule est respectée et paraît comme transparente.

Lavage soigneux de la cavité péritonéale, suture de la perforation et des déchirures de la paroi.

Drainage ; suture en 2 plans de la paroi abdominale.

Pendant l'après-midi, l'état du malade s'aggrave, le pouls est très petit, à peine perceptible, la température reste normale, vomissements porracés.

Le 21 juin même état. — Vomissements continuels, hypothermie — refroidissement des extrémités — facies péritonéal très prononcé. — *Mort* à trois heures de l'après-midi.

Dans ces deux dernières observations comme dans la plupart des précédentes l'intervention est décidée et faite après les symptômes évidents d'une péritonite déclarée. Le résultat ne se fait pas attendre puisque la mort survient rapidement après l'opération.

OBSERVATION n° 45. — *Contusion du côlon transverse et du grand épiploon, avec écrasement partiel de la moitié droite du pancréas.*

Soldat, 23 ans, reçoit un double coup de pied de cheval au niveau de la région épigastrique. Pas de perte de connais-

sance, peut se relever et marcher deux heures après, vomissements répétés. Le lendemain, ventre douloureux, aplati et sonore ; signes de péritonite au début. Le second et le troisième jour, la situation s'est aggravée. Face terreuse, poulx petit, ventre très ballonné : malade anxieux. On se décide à intervenir.

Incision de 15 centimètres, contournant l'ombilic, qui donne issue à une sérosité abondante citrine, sans odeur. Epiploon infiltré de sang et enflammé. Côlon transverse contus sur deux points, mais pas déchiré, toilette minutieuse du péritoine, pas de drain, durée de l'opération, une heure.

Amélioration très manifeste, mais dès le lendemain, nouvelle reprise des accidents péritonéaux. Les deux points de suture inférieure sont enlevés pour permettre d'enfoncer le drain qui laisse couler une sérosité rougeâtre et sert à faire une injection boriquée chaude.

Mort le matin du septième jour en plein collapsus, à l'autopsie on constate que la péritonite est surtout intense les parties profondes et que le mésocôlon et le pancréas ont infiltrées de sang et enflammés. (CHAVASSE *Bull. Soc. chir.* 1885. p. 113-129). (SIEUR *locs-cit.*)

L'intervention tardive en pleine période péritonéale donne une survie passagère mais les accidents péritonéaux reprennent et la mort s'en suit le septième jour. A l'autopsie on constate une péritonite interne, surtout dans les parties profondes.

OBSERVATION n° 46. — *Rupture du duodénum et du jéjunum.*

Homme, 24 ans, fait une chute de dix pieds de haut. Après une perte de connaissance de quelques minutes, le malade put parcourir une distance de deux milles pour se rendre à l'hôpital. A ce moment, il ne se plaint d'aucune douleur abdominale, et après avoir fait panser une plaie de l'œil gauche, il retourne chez lui. Dans la journée, apparaissent des nausées et des douleurs très vives dans le ventre ; deux jours après, vomissements continus, tympanisme et état de faiblesse extrême.

Soixante heures après la chute, incision sous-ombilicale, qui laisse écouler du sang fluide ; on découvre une première déchirure de 3/4 de pouce, n'intéressant que les tuniques séreuse et musculuse que l'on ferme à l'aide de six points de Lembert à la soie. Une seconde rupture complète est amenée au dehors et suturée à la place abdomi-

nale, de façon à créer un anus contre nature. *Mort* de shock, deux heures après.

La première déchirure siégeait sur le jéjunum et la rupture complète à deux pieds du pylore. (MAYO-ROBSON. *Trans. of the clin. Soc. Londres*, vol XXI, p. 122, 1888).

La laparotomie est aussi tardive que précédemment. La péritonite déclarée explique le décès survenu avant l'intervention.

OBSERVATION n° 47. *Contusion de l'épiploon et de l'intestin.*

Enfant de 12 ans, reçoit un coup de pied de cheval dans le ventre. Le troisième jour, péritonite manifeste.

Laparotomie immédiate malgré l'état de faiblesse du blessé ; on trouve une contusion de l'épiploon et de l'intestin. Lavage et drainage de la cavité péritonéale. *Guérison* (King. *Méd News*, 1890, LVI, p. 227). (SIEUR *loc. cit.*)

OBSERVATION n° 48. — *Rupture de l'intestin grêle.*

Homme 44 ans, coup de timon dans le ventre. Signes immédiats d'un étranglement interne.

Le troisième jour, incision de l'abdomen, qui donne issue à trois litres d'un liquide brunâtre, fécaloïde ; rupture partielle d'une anse grêle que l'on ferme par une suture de Lembert, lavage sans drainage. *Guérison* (JAHODA. (Soc. impr. et roy. des Méd. de Vienne, 23 octobre 1891) (SIEUR *loc. cit.*).

OBSERVATION n° 49. — *Contusion du jéjunum*

Homme, 28 ans, violemment pressé contre un mur par une barrique de vin. Shock immédiat très accentué ; le soir du deuxième jour, symptômes de péritonite aiguë. Laparotomie le lendemain. Incision médiane sous-ombilicale ; nombreux petits foyers purulents entre les anses agglutinées, plaque noirâtre, sphacelée sur la dernière portion du jéjunum ; pas de perforation, lavage et nettoyage de la cavité abdominale. Durée de l'opération une heure vingt. *Mort* cinq

heures après. Pas d'autopsie. (MICHAX. *in th. Adler*, p. 107, Paris, 1892) (SIEUR *loc. cit.*)

OBSERVATION n° 50. — *Rupture complète de l'iléon*

Homme, 22 ans, reçoit un choc sur le ventre. Vomissements et symptômes généraux et locaux d'une péritonite.

Laparotomie pratiquée le quatrième jour. Rupture complète de l'iléon et déchirures de l'épiploon; résection et suture de l'intestin blessé. *Mort* au bout d'une heure et demie. Pas d'autopsie, (GIRDLESTONE, *Australiam Med. F.*, 1883) (SIEUR *loc. cit.*)

Dans ces deux cas, l'intervention pratiquée très tardivement et en pleine infection péritonéale ne fut d'aucune utilité; les deux malades meurent, l'un au bout de deux heures, l'autre une heure et demie après l'opération. La laparotomie ne peut être mise en cause, seule la péritonite a causé tout le mal.

OBSERVATION n° 51. — *Rupture de l'intestin grêle.*

Homme, 48 ans, porteur d'un hernie maintenue par un bandage; chute, rupture du bandage et descente brusque de la hernie. Douleurs vives; tentatives violentes de taxis plusieurs fois renouvelées. Le quatrième jour état de collapsus avancé.

Incision du sac herniaire, mais au lieu d'une hernie, on ne trouve qu'un liquide sanieux mélangé de gaz fétides.

L'incision est alors prolongée vers l'ombilic; du pus s'écoule de la cavité abdominale et l'on découvre une anse percée d'un trou; section transversale de l'intestin au niveau du point rompu et création d'un anus contre nature, lavage et drainage de la cavité abdominale.

Amélioration rapide, les premiers jours, suivie d'un affaiblissement progressif et de la *mort* par épuisement au bout de neuf semaines, l'anus contre nature rendant l'alimentation très difficile.

A l'autopsie, pas de traces d'inflammation péritonéale récente. (ABERSTD. de *Halle Cent. f. ch.*, 16 mai 1883) (SIEUR, *loc. cit.*)

OBSERVATION n° 52. — *Rupture de l'intestin*

Homme, porteur d'un hernie est renversée par une voiture dont la roue lui passe sur le ventre. Est soigné pour une contusion scrotale. A son entrée à l'hôpital, douleur du côté de sa hernie et facies péritonéal. Taxis. Le lendemain, tympanisme du scrotum et de l'abdomen, état péritonéal très accentué.

Laparotomie médiane faite quatre jours après l'accident ; issue d'une sérosité louche d'odeur fétide et renfermant des matières fécales. Une anse située non loin de l'orifice, inguinal présente deux plaques noirâtres et une rupture avec hernie de la muqueuse.

Réséction de 15 centimètres d'intestin (réunion des deux bouts par une double suture ; lavage du péritoine. *Mort* le lendemain ; pas d'autopsie.

Deux fautes ont été commises, au dire de l'auteur : 1^o le retard apporté à l'intervention ; 2^o les manœuvres du taxis. (THIÉRY. *Soc. anat.*, 28 octobre 1892, (SIEUR, *loc cit.*)

Nous insistons avec l'auteur de cette observation sur le retard apporté à l'intervention.

OBSERVATION n° 53. — *Contusion de l'abdomen suivie d'hémorragie intra-péritonéale.*

Enfant renversé par un wagon.

Laparotomie au bout de quatre jours ; la cavité péritonéale pleine de sang fut lavée avec soin. Amélioration pendant quatre jours, au bout desquels la péritonite reprit le dessus et causa la *mort* du malade (HERBET, ALLINGHAM, *Clin. Soc. of. London*, mars 1892 (SIEUR, *loc. cit.*)

L'infection péritonéale, qui a cédé quelques jours après la laparotomie, reprend au bout de quatre jours, elle cause la mort du malade.

OBSERVATION n° 54. — *Péritonite traumatique.*

Homme, 42 ans, chute ayant un fardeau sur les épaules et choc

violent sur le bas-ventre. Quelques douleurs immédiates qui n'empêchent pas le blessé de continuer son travail. Cinq jours après, douleurs vives à l'hypogastre et début d'une péritonite aiguë. Les symptômes péritonéaux devenant de plus en plus inquiétants on intervient le septième jour.

Incision médiane de 3 pouces de long qui laisse échapper une grande quantité de gaz et un liquide trouble et épais. On s'assure avec soin qu'il n'existe aucune rupture de l'intestin, de la vessie, ni d'un autre viscère. Seul le péritoine est épaissi, trouble et de teinte jaune. Lavage à l'eau distillée chaude qui entraîne une grande quantité de pus et de flocons purulents. Pas de drainage. Durée de l'opération : 1 heure. Huit jours après, le malade était en pleine *convalescence*. Barwel croit que le traumatisme seul, sans lésions viscérales, a causé la péritonite, chez un individu manifestement alcoolique.

(BARWELL. *Soc. clin. of. Lond.*, 28 oct. 1887 et TRAUS, vol., XXI, p. 31, 1888). SIEUR, *loc. cit.*)

OBSERVATION 55. — Rupture du duodénum.

Jeune homme, 13 ans, contusion de l'épigastre par l'arrière d'une voiture à bras. Douleur vive immédiate, sans perte de connaissance, le blessé continue à pousser sa voiture et marche pendant un mille environ. Quatre heures après il fait un copieux repas. Au bout de quelque temps, apparition d'une douleur vive au niveau de l'abdomen. Le sixième jour, signes manifestes de péritonite généralisée ; laparotomie faite le lendemain.

On trouve dans le péritoine des aliments à moitié digérés provenant d'une déchirure de la fin du duodénum. L'intestin rompu est attiré en avant et suturé à la partie supérieure de l'incision abdominale. Durée de l'opération, quarante minutes. *Mort* neuf heures après. A l'autopsie : existence d'une péritonite généralisée et gangrène des bords de la plaie intestinale. WATSON CHEYNE *Prit méd.* s., 5 avril 1890 (SIEUR. *loc. cit.*).

La constatation d'une péritonite généralisée à l'autopsie, nous permet de ne pas insister sur la cause de mort chez ce malade.

OBSERVATION 56. — *Rupture du cœcum.*

Jeune fille de 12 ans, se heurte violemment, en tombant, la région cœcale contre l'un des angles d'une planche d'étagage, syncope immédiate et au bout de six jours péritonite généralisée.

Incision de 7 à 8 centimètres sur la ligne blanche, au-dessus de l'ombilic ; adhérence de l'épiploon à la paroi et aux anses intestinales ; issue d'une grande quantité de pus infect mélangé de gaz et contenant quelques débris fécaux ; lavage à l'eau bouillie de la cavité suppurante en relevant le cœcum, on voit des bulles de gaz s'échapper d'une fissure placée sur la paroi postéro-inférieure et masquée par des exsudats fibrino-purulents concrets. Pas de tentative de suture, mais après un second lavage avec de l'eau de stérilisée très chaude, on fait un drainage à la Mickulicz. Durée de l'opération, vingt minutes.

Les jours suivants, amélioration très grande, issue d'une grande quantité de liquide à odeur fécaloïde. Le trentième jour la guérison était complète (JALAGUIER, *Bull et mém. Soc. chir.*, t. XXVII, P. 800, 1891), (SIEUR *loc. cit.*).

OBSERVATION n° 57. — *Rupture de l'intestin grêle.*

Homme, 42 ans, fait une chute sur le ventre, de la hauteur d'un quatrième étage ; douleurs abdominales avec sensibilité exagérée, rénitence et matité dans la région iléocœale. Le lendemain, symptômes de péritonite au début ; le sixième jour, la matité de la région iléocœcal s'est propagée à gauche et vers l'ombilic. Le septième jour, voussure et fluctuation manifeste, laparotomie le vingt-cinquième.

Incision parallèle à l'arcade qui mène sur une cavité limitée par des fausses membranes agglutinant les anses de l'iléon et le côlon ascendant ; dans cette cavité, remplie d'un pus brun, verdâtre, fécaloïde, vient s'aboucher une anse grêle, présentant un orifice du diamètre d'un doigt. Suture de la perforation à la peau et drainage de la cavité.

Le quatre-vingt-troisième jour, on fait une première tentative de cure de l'anus contre nature. Destruction de l'éperon à l'aide d'une ligature élastique suivie d'une entérorraphie très laborieuse, échec complet.

Le cent-cinquième (105^e) jour, application de l'entérotome de Dupuytren, puis de pinces de Péan ; l'éperon détruit, application d'une pelote de Brayer. Selle spontanée, abondante, mais persistante d'une fistule stercorale.

Le cent cinquante-neuvième (159^e) jour, tentative de fermeture de la fistule par le procédé à lambeau de Diefenbach et de Velpeau. Nouvel échec.

Au bout de neuf mois seulement, après des cautérisations répétées, la *guérison* est complète. (CZERNY. *Berl. Klin. Woch.*, 3 octobre 1889) (SIEUR *loc. cit.*)

OBSERVATION n° 58. — *Déchirure du foie.*

Un homme de 39 ans qui venait de tomber de la hauteur d'un deuxième étage sur l'angle d'une table de marbre placée à la devanture d'un brocanteur, entre à l'hôpital Lariboisière dans le service de M. Berger.

Le coup a porté en avant sur la région de l'hypochondre gauche, choc prononcé ; hypothermie, 35° 5 ; pouls assez bon. Enfoncement des dernières côtes gauches ; ballonnement du ventre, vive douleur épigastrique. Pas de vomissements ni de nausées.

L'interne prescrit des piqûres d'éther et de caféine, fait entourer le blessé de linges chauds. M. Michaux le chirurgien de garde, arrive à 9 h. 30 m., quatre heures environ après l'accident. Il constate en plus de la dépression qui dénote l'enfoncement des dernières côtes gauches, un léger ballonnement du ventre et une tension manifeste des muscles abdominaux, surtout à gauche. Cette lésion paraît également moins sonore à la percussion. La température est à 36° 6, le pouls assez bon.

Craignant une déchirure du lobe gauche du foie ou de l'estomac, M. Michaux fait une laparotomie médiane sus-ombilicale. Épanchement sanguin de 200 grammes environ sous le lobe gauche du foie qui présente à sa face inférieure une déchirure peu profonde, longue de 4 à 5 cent. Pas de lésion appréciable de l'estomac.

Tamponnement sous-hépatique avec une mèche de gaze iodoformée. Suture de tout le reste de l'incision abdominale. Suites simples.

Le 23 novembre, le malade quitte l'hôpital *guéri*, souffrant encore un peu de sa fracture des côtes qui a évolué très simplement de son côté sans aucune espèce d'accidents.

(MICHAX). (*Mémoire à la Société de Chirurgie*, 1895.)

OBSERVATION n° 59. — *Déchirure du foie. — Contusion de l'abdomen. — Laparotomie précoce, rupture du foie, que l'on ferme par plusieurs points de suture. Guérison* POSTEMPSKI. (*Réf. méd. 1889*) (SIEUR. *loc. cit.*).

OBSERVATION n° 60. — *Déchirure du foie.*

Homme, 32 ans, en état d'ivresse, tombe du haut d'une tapisserie. Douleur aiguë immédiate au niveau de l'épigastre. Collapsus très marqué, ventre tendu et crépitation emphysémateuse au pourtour de l'ombilic.

Laparotomie hâtive ; cavité péritonéale pleine de sang, provenant d'une déchirure du lobe droit du foie, s'étendant jusqu'au hile ; ablation du sang. *Mort* au bout de quatre jours. Une branche volumineuse de la veine-porte avait été rompue (Willett, In *Me Cornac's Mon. Brit. Med. J.*, 14 mai 1889, p. 1038) (SIEUR *loc. cit.*).

L'autopsie a permis de se rendre compte de la gravité des lésions existantes ; une branche volumineuse de la veine-porte avait été rompue et une hémorrhagie interne que peut-être une laparotomie hâtive aurait pu arrêter entraîne la mort du blessé.

OBSERVATION n° 61. — *Déchirure du foie.*

Homme, 28 ans, est précipité d'une hauteur de 25 mètres sur une barre de fer qui heurte la région lombaire. Pas de syncope, douleur vive au niveau des lombes et de l'hypocondre droit, hématurie qui fait croire à une lésion rénale.

Vingt heures après l'accident, incision médiane de huit pouces de long ; issue de sang fluide qui remplit la cavité péritonéale. Sous le foie, sang noir, coagulé, lavage de l'abdomen à l'aide d'un fort courant d'eau. La main introduite sous le foie, découvre une large déchirure de trois pouces de long, ne pouvant le suturer, on la tamponne avec trois poignées de gaze dont l'extrémité sort par la

plaie. *Guérison* complète en un mois, (DALTON, *Weekly méd. Rev.* 4 octobre 1870, vol. XXII, n° 14, p. 261) (SIEUR, *loc. cit.*).

OBSERVATION INÉDITE n° 62. — (*Elle nous a été gracieusement communiquée par M. le Dr Chaput.*) — *Déchirure du foie par coup de pied de cheval sur l'abdomen. — Laparotomie. — Greffe de gaze. — Mort.*

Bestat Émile, 26 ans, palfrenier, recevait le 21 avril 1891 à dix heures du matin un coup de pied de cheval dans l'hypochondre droit. Le choc le renversa et il fut transporté à l'hôpital.

Son état à son arrivée est satisfaisant. Légère douleur au point frappé ; connaissance parfaite.

Rien de nouveau dans l'après-midi et la première partie de la nuit. La température du blessé était normale, son pouls rapide mais plein.

A minuit, le malade eut un premier vomissement, suivi de plusieurs autres durant cette seconde partie de la nuit. L'intensité de la douleur était augmentée.

Le lendemain à neuf heures sa température était de 37° 6 ; mais son pouls était petit et fréquent, sa respiration courte. Le ventre était légèrement ballonné dur, le facies grippé.

L'intervention fut décidée et la laparotomie commencée à midi. Longue incision allant du haut du pubis à l'appendice xiphoïde. Les anses intestinales sont très congestionnées ; il y a un épanchement sanguin d'environ 100 grammes dans le péritoine.

Lavage du péritoine avec deux litres d'eau boricuée tiède ; dévidement de l'intestin du cæcum au duodénum ; nulle part il n'y avait de trace de perforation pendant que l'examen de l'intestin était ainsi pratiqué, du sang s'était épanché à nouveau dans la cavité abdominale. Il ne venait ni du mésentère, ni de l'épiploon ; mais bien d'une fissure du foie placée sur la partie latérale droite de la vésicule biliaire fissure longue de quelques centimètres et cachée en partie par un caillot sanguin, non adhérent.

Pour atteindre facilement la fissure hépatique, une nouvelle incision est faite aux parois, incision perpendiculaire à la première et partant de l'ombilic ; elle intéressait le muscle droit à droite et avait environ cinq centimètres de hauteur.

Application sur la fissure hépatique d'un petit tampon de gaze iodoformée maintenu par quatre fils de soie. La ponction de la vésicule

biliaire remplie de bile fut faite au moyen d'une aiguille de M. Dieulafoy. L'hémorrhagie s'étant arrêtée, les intestins et l'épiploon remis en place la suture des parois de l'abdomen est effectuée.

L'opération a duré deux heures.

L'état du malade paraissait jusqu'au soir assez satisfaisant ; sa température était de 37°2 ; il n'a aucun vomissement jusqu'à minuit ; mais dès ce moment l'opéré commence à vomir ; la respiration devient courte et difficile et il perd peu à peu connaissance.

A huit heures du matin, la température du malade est de 36°5 ; son pouls incomptable.

Il meurt à 9 heures du matin.

Pas d'autopsie.

Il est bien à regretter qu'il y ait eu manque d'autopsie. La mort est due peut-être à une hémorrhagie secondaire, peut-être à la reprise d'une infection déjà existante.

OBSERVATION n° 63. — *Déchirure du foie. — Contusion de l'abdomen. — Laparotomie, 26 heures après l'accident ; tamponnement à la gaze de la déchirure du foie. Mort.* (CZERNY, cité par HESSE. *Arch. f. path. Ann. und. phy.*, 1890, t. CXXI, p. 154).

OBSERVATION n° 64. — *Déchirure du foie et rupture de l'intestin.*

Homme, 23 ans, reçoit au niveau du rebord des fausses côtes droites, un double coup de pied de cheval ; pas de perte de connaissance. Dans la journée, pouls-faible, abaissement de la température, ventre rétracté, douloureux au niveau de l'hypochondre droit ; matité dépassant les fausses côtes. Le lendemain, dans la soirée, symptômes de péritonite au début. Intervention.

Incision de 18 cent. sur le bord interne du muscle droit à droite, issue d'un flot de sang noirâtre, qui paraît venir de la partie médiane du ventre. Le pouls devenant filiforme, on arrête l'hémorrhagie par une compression en masse ; au bout d'un instant, la masse intestinale est attirée au dehors et examinée ; petite déchirure de 5 à 6 millim. que l'on ferme par une suture au catgut.

Réintégration de la masse intestinale ; la main introduite sous le

foie rencontre une ligne rugueuse aboutissant au sillon transverse et donnant la sensation d'une déchirure. En raison de l'état de collapsus, on se contente de la tamponner avec de la gaze antiseptique. Compression ouatée sur tout l'abdomen ; amélioration passagère, puis *mort* par aggravation des phénomènes de shock.

A l'autopsie : déchirure du foie allant transversalement de la face convexe à la face concave, mesurant 15 cent. sur la première et 8 sur la seconde ; les gros canaux biliaires étaient intacts, mais la veine porte présentait une suture incomplète au niveau de la division dans le sillon transversal (ANNEQUIN, *observation inédite*) (SIEUR, *loc. cit.*)

Il y avait ici lésions multiples : déchirure du foie et rupture de l'intestin. Seule une intervention *hâtive* aurait permis de se rendre maître de l'hémorrhagie, de suturer l'intestin et d'empêcher ainsi l'apparition de la péritonite.

OBSERVATION n° 65. — *Déchirure du foie.*

Enfant de 10 ans, renversé par une voiture dont la roue lui passe sur le ventre, au niveau de l'ombilic. Shock très marqué ; ventre légèrement distendu et douloureux ; matité du foie normal, mais signes d'une lésion du foie, avec épanchement de sang dans le péritoine.

Laparotomie faite vingt-huit heures après l'accident ; issue d'une grande quantité de sang liquide, épanché dans la cavité abdominale ; intestins intacts ; il y avait tout lieu de croire que la lésion siégeait du côté du foie, mais l'état du blessé ne permettant pas de prolonger les recherches, on se contente d'y placer un drain et l'on ferme la plaie abdominale. Le malade se trouve d'abord soulagé, puis il va s'affaiblissant peu à peu et *meurt* quarante-sept heures après l'accident et dix neuf après l'opération.

A l'autopsie, fracture des 9^e, 10^e et 11^e côtes droites et contusion avec déchirures de l'angle postérieur du lobe droit du foie (PAGE, *Clin. Soc. Trans.*, vol. XXV. p. 173, 1892) (SIEUR *loc. cit.*)

Si une intervention hâtive avait été pratiquée le malade non encore affaibli aurait pu supporter l'opération sans faiblir ; la source de l'hémorrhagie aurait été probablement découverte et le blessé aurait eu grande chance de guérison.

OBSERVATION n° 66. — *Déchirure du foie et du rein droit*

Homme, 22 ans, est violemment frappé au niveau de la région hépatique, et jeté à l'eau par la barre du gouvernail d'un bateau.

Collapsus très marqué ; douleur vive au niveau de l'hypocondre droit. Le lendemain, son état ne paraissait pas nécessiter une intervention, mais sa pâleur et sa soif intense semblaient indiquer une lésion intra-abdominale ; matité du foie normale ; apparition de symptômes de péritonite.

Vingt-neuf heures après l'accident, le ventre fut ouvert et fut trouvé plein de sang. Les intestins étaient intacts et il fut impossible, avec la main, de rien découvrir du côté du foie ou de la rate.

L'opération aggrava les phénomènes du shock, et le malade mourut une heure après.

A l'autopsie, déchirure du foie, s'étendant de la face supérieure à la face inférieure, sur une longueur de trois à quatre pouces ; contusion de la moitié droite du diaphragme et déchirure du rein droit allant du bord postérieur au hile ; péritonite généralisée. (PAGE, *Clin. Soc. Trans.*, vol. XXV, p. 175, 1892) (SIEUR, *loc. cit.*).

La péritonite généralisée, les lésions multiples (déchirures du foie et du rein droit) indiquent assez quel bénéfice aurait eu le malade à être hâtivement opéré.

OBSERVATION n° 67. — *Déchirure du foie.*

Jeune garçon, 14 ans, renversé par une voiture de laitier qui lui passe sur le corps. Collapsus très prononcé. Ventre distendu et douloureux ; le lendemain, tympanisme en avant et à gauche, matité à droite et dans la fosse iliaque.

Quarante huit heures après l'accident les douleurs sont très vives et, par le toucher rectal, on sent une vaste masse fluctuante, occupant le petit bassin, et que l'on croit due à un épanchement sanguin. Intervention.

Incision médiane : issue de 3 ou 4 pintes de sang ; examen soigneux de l'intestin sans qu'on puisse trouver la source de l'hémorrhagie ; l'état de faiblesse du malade, et l'existence d'adhérences du pourtour

du foie, font renoncer à l'exploration de cet organe : lavage abondant et chaud de la cavité péritonéale. Le jour suivant, grande amélioration ; le second jour, retour des douleurs, distension du ventre. *Mort* survenue subitement le troisième jour.

A l'autopsie, péritoine teinté de pigment biliaire, et renfermant 1 pinte $1/2$ de sang ; déchirure de la partie supérieure du lobe droit du foie, longue de 6 pouces, épaisse de 2, et en voie de cicatrisation. (MASTON. *Lancet* 3 août 1889, p. 218), (SIEUR, *loc. cit.*).

On opère le malade après qu'il a subi une grande perte de sang ; il est si faible qu'on ne peut trouver la source de l'hémorrhagie ; on est obligé de terminer en hâte la laparotomie et le malade meurt le surlendemain subitement.

OBSERVATION n° 68. — *Déchirure du foie.*

Homme, 22 ans, tombe d'une voiture de déménagement ; shock très accentué ; douleur vive au creux épigastrique. Le second jour, vomissements très fréquents, besoin impérieux d'aller à la selle impossible à satisfaire ; pas de mictions. Le troisième jour, l'état étant plus grave, on fait une laparotomie, le péritoine est plein de sang, pas d'autres lésions constatées. *Mort* le quatrième jour. A l'autopsie, rupture du foie qui n'avait pas été découverte au cours de l'opération. (S. GÉE. *Th. Bradshair lect on the signs of acute péritonéal diseases Brit. méd.*, 12 nov. 1892, (p. 1.041), (SIEUR, *loc. cit.*).

OBSERVATION n° 69. — *Déchirures multiples du foie.*

Chute dans un fossé ; immédiatement après, douleurs dans l'hypocondre droit, augmentation de la matité du foie et au bout de quelques jours, frissons répétés et fièvre.

Du quinzième au vingtième jour après l'accident, ouverture de deux abcès au niveau de la région lombaire droite, sans communication avec la plèvre. *Mort* et résorption purulente.

A l'autopsie : déchirures multiples du foie déjà altéré, et formation consécutive de quatre foyers de suppuration placés à sa face infé-

rieure. D'après Trélat, l'existence d'une membrane pyogénique devait faire écarter l'idée d'abcès métastique. (BARTH. *Bull. Soc. anat.*, 31^e année, 1886, 2^e série, t. 1. p. 111). (SIEUR, *loc. cit.*).

Une intervention précoce aurait permis de constater les déchirures multiples du foie et de les traiter, par suite elle aurait empêché la formation d'abcès et la guérison en aurait été probablement l'heureuse conséquence.

OBSERVATION n° 70. — *Kyste consécutif (?) à une rupture intracapsulaire du foie.*

Homme, 30 ans, écrasé par une roue de charrette ; fracture de côtes ; dix-huit jours après l'accident, augmentation considérable de la matité du foie qui descend jusqu'à trois travers de doigt de la crête iliaque ; sensation et fluctuation profonde.

Au bout de vingt jours, application de cautère, ponction et finalement incision. Issue de près de quatre litres de liquide contenant de l'albumine et du sang.

Guérison au bout de cinq mois. L'auteur croit à un kyste hématique consécutif à une rupture intra-capsulaire (J. LECERF, *Union méd.*, 1881). (SIEUR, *loc.cit.*)

OBSERVATION n° 71. — *Rupture probable du foie et abcès consécutif.*

Adulte, tombe dans un escalier et se contusionne violemment l'hypocondre droit. Douleur vive, immédiate, puis symptômes locaux et généraux, indiquant la formation purulente profonde au niveau du point contus.

Vingt jours après l'accident, incision d'une tumeur fluctuante qui venait d'apparaître au niveau des 2^e et 3^e fausses côtes, issue d'un demi-litre de pus environ ; améliorations, puis *mort* par résorption purulente.

A l'autopsie, on trouve une poche purulente, capable de loger le poing, sur la face convexe du foie. (G. M. DE LA MOTTE. *Traité compl. de chir.*, 3^e édition, t. I) (SIEUR *loc. cit.*).

Nous voyons le danger qu'il y a à ne pas intervenir dès les premières heures quand il y a lésion du foie ; ou c'est une hémorrhagie que nous aurions pu arrêter, ou c'est la formation secondaire d'une ou deux poches purulentes dont nous aurions sans doute empêché la production, hémorrhagie et poches purulentes, causes si fréquente de mort.

OBSERVATION n° 72. — *Rupture de la vésicule biliaire.*

Homme, 42 ans, fait une chute de la hauteur d'un 3^e étage. Fracture des 9^e et 10^e côtes. Deux jours après, légère matité à droite et au-dessus du cæcum. Croyant à une pérityphlite, ou fait une ponction exploratrice et l'on retire un liquide jaune rougeâtre, qu'on reconnaît être de la bile. Intervention le dixième jour.

Incision de 12 à 15 centim. le long du bord externe du muscle droit, et une seconde de 10 centim. longeant le rebord des fausses côtes ; vésicule biliaire rompue et affaissée, entourée d'adhérences conjonctives. Ablation de la vésicule après ligature du canal cystique. Neuf jours après, ictère, diarrhée fétide. Mort le dix-septième jour.

A l'autopsie, canal cholédoque obstrué par deux calculs du volume d'une aveline ; canaux intra-hépatiques très dilatés (DIXON, *Ann. of Surg.*, avril 1887) (SIEUR, *loc. cit.*)

OBSERVATION n° 73. — *Déchirure du foie ou des voies biliaires.*

Jeune homme. Contusion de l'hypochondre droit par le timon d'une voiture. Douleurs vives immédiates, ballonnement du ventre. Au bout de quatorze jours, ictère et augmentation du ballonnement. Une ponction exploratrice donne issue à une sérosité contenant de la bile. Le lendemain évacuation de 2 litres d'un liquide brunâtre. Au bout de vingt-quatre heures, reproduction du liquide. Laparotomie.

Évacuation de plusieurs litres de liquide ; adhérences de l'intestin qui empêchent d'explorer la face inférieure du foie. Vingt-cinq jours après, la plaie opératoire était fermée, l'ascite n'eût pas reproduite, mais le malade n'avait pas encore complètement recouvert ses forces. (HERMÈS, *Réunion libre des chirurgiens de Berlin*, 14 mars 1892). (SIEUR, *loc. cit.*)

OBSERVATION n° 74. — *Rupture des voies biliaires.*

Homme, 36 ans, est précipité du haut de son tombereau dont les roues lui passent sur le corps. Douleur vive au niveau de la région hépatique ; ventre ballonné, pouls petit ; facies pâle, anxieux. On croit à une rupture des voies biliaires, mais en raison de l'état grave du malade, on n'ose pas intervenir.

Le 17^e jour, on profite d'une légère amélioration pour faire au niveau de la région sus-ombilicale une incision de 6 centim. Issue d'une certaine quantité de bile ; cavité péritonéale remplie de fausses membranes qui empêchent qu'on puisse arriver jusqu'à la vésicule pour s'assurer si elle est rompue. Drainage, *guérison* assez rapide (MICHAX. *Revue chir.*, février 1893, p. 147). (SIEUR, *loc cit*).

OBSERVATION n° 75. — *Rupture des voies biliaires.*

Enfant, 12 ans, reçoit un violent coup de pied dans le ventre ; douleur immédiate ; perte de connaissance. Trois jours après, symptômes manifestes de péritonite, qui, par la suite, s'amenda au point de faire croire à une guérison complète. Vingt jours plus tard, sans cause apparente, coliques, vomissements et diarrhée. On le ramène à l'hôpital présentant les signes d'une nouvelle péritonite avec épanchement.

Laparotomie pratiquée trente-quatre jours après le traumatisme ; adhérences des anses intestinales à la paroi ; issue d'un litre et demi d'un liquide mousseux, couleur bronze, vert bouteille, semblable à la bile ; face inférieure du foie et colon ascendant masqués, par d'épaisses fausses membranes ; évacuation complète de la cavité péritonéale ; *guérison* complète au bout d'un mois. (ROUTIER. *Bull. et mém. Soc. Chic.* XVIII, p. 173, 1892). (SIEUR, *loc. cit*).

OBSERVATION n° 76. — *Rupture de la vésicule biliaire.*

Jeune homme, 18 ans, contusion du ventre par le timon d'une voiture. Perte de connaissance immédiate. Transporté à l'hôpital, il y reste quatre semaines. Les deux ou trois premiers jours, douleurs dans le ventre. Sort au bout de vingt-quatre jours, ayant encore le

ventre dur et volumineux A dater de ce moment, le volume de l'abdomen augmenta rapidement et il survint des nausées suivies de vomissements. Admis de nouveau à l'hôpital, on retire, par la ponction, 6 pintes de liquide bilieux. Huit jours plus tard, l'épanchement s'étant reproduit, on fait la laparotomie.

Incision au-dessous du rebord costal. Le doigt pénètre dans une cavité qui donne la sensation d'une vésicule distendue et adhérente. On y place un drain qui fut enlevé huit jours plus tard. *Guérison* très rapide. (LASSE, LANCET, 18 mai 1891, p. 1.091). (SIEUR *loc. cit.*).

OBSERVATION INÉDITE n° 77. — (*Elle nous a été gracieusement communiquée par M. le docteur Chaput*). — *Coup de pied de cheval dans la région épigastrique. — Rupture du pancréas et de la veineplénique. Laparotomie. — Mort.*

Batiste Adolphe, 48 ans, palfrenier, entre le 2 octobre 1888, salle Nélaton pour un coup de pied de cheval reçu en pleine région épigastrique. Tombé sans connaissance, le matin, il n'a pu se relever et a été transporté à l'hôpital Tenon, où il est arrivé vers cinq heures du soir.

Après l'accident, il a eu quelques vomissements de matières alimentaires mêlées de sang.

A son entrée, le malade est courbé en deux, il gémit continuellement et répond à peine aux questions qu'on lui pose. Il est en hypothermie et le pouls radial n'existe pas. Le malade se plaint d'une douleur très vive à la région épigastrique qui est tendue. La pression en ce point est très douloureuse. Pas de matité anormale en aucun point : par d'ecchymose. Glace sur le ventre et piqûres d'éther.

M. le docteur Chaput, mandé d'urgence, voit le malade à sept heures : le malade est absolument froid, les yeux tirés, très affaiblis mais il a encore sa connaissance et répond aux questions. Pas de pouls radial. La région épigastrique est ballonnée, très douloureuse à la pression. L'estomac présente ses dimensions normales.

En présence de la gravité des symptômes, M. Chaput se décide à intervenir.

A l'ouverture du péritoine on voit une masse de caillots noirâtres, situés dans l'épaisseur de l'épiploon gastro-hépatique. L'estomac et le gros intestin sont très ecchymosés. Le grand épiploon est lui aussi

infiltré de caillots ; enfin une masse énorme proémine au niveau de l'arrière-cavité. Avec deux doigts M. Chaput déchire le méso-côlon transverse et arrive dans l'arrière cavité, remplie d'une masse considérable de caillots (un litre). Il y a en outre une rupture d'un seul des feuilletts (le droit) de l'extrémité supérieure du misentère, longue de plusieurs centimètres. Cette déchirure se prolonge sur le méso-côlon transverse.

Il existe aussi une rupture franche du pancréas dont les deux bouts sont écartés de 6 à 8 centimètres. De grandes pinces à pédicule sont jetés sur les deux bouts du pancréas et sur la déchirure du mésentère ; l'hémorrhagie paraît arrêtée, lorsque le malade cesse de respirer. Respiration artificielle. — Injection dans la veine médiane céphalique d'un litre d'eau salée. Les mouvements cardiaques reprennent avec force, l'injection d'eau salée est poussée jusqu'à 1.800 grammes. Mais bientôt les battements cardiaques s'arrêtent complètement. Électrisation du malade pendant une heure. Mais le sujet est bien et dûment *mort*.

Autopsie. — On ne constate pas de lésions intestinales, ni gastriques. Une canule introduite dans la veine porte montre une veine volumineuse sectionnée sur la ligne médiane ; elle est béante et laisse s'écouler l'eau injectée. C'est la veinesplénique.

Le blessé qu'une hémorrhagie interne a affaibli considérablement ne peut faire les frais de l'intervention et meurt au milieu de la laparotomie.

OBSERVATION n° 78. — *Section complète de la rate.*

Enfant, 14 ans, chute au cours de laquelle il se heurte l'abdomen et le côté gauche. Le lendemain signes d'hémorrhagie interne consécutive à la rupture d'un viscère : foie ou rate.

L'état de l'enfant devenant grave, on fait une laparotomie médiane avec débridement du côté de l'hypochondre droit. On sort la masse intestinale, et l'on enlève des caillots renfermant des fragments de tissu splénique. L'incision est alors prolongée du côté gauche, et l'on trouve la rate complètement divisée en deux. Ablation des deux parties et injection sous-cutanée d'eau salée.

L'enfant se remet lentement du shock et eut, au bout de quelques jours, une gangrène de la jambe gauche, qui nécessita l'amputation de la cuisse, quatre semaines après la splénectomie. Plus tard, il eut

également une éventration au niveau de sa cicatrice, et une hypertrophie ganglionnaire passagère. Sept mois après, le nombre des globules rouges était normal, tandis que les globules blancs étaient encore très nombreux.

(RIEGNER. *Berl. Klin. Wech.* 20 février 1893).

OBSERVATION n° 79. — *Rupture de la rate.*

Homme, 25 ans, renversé par une voiture dont la roue lui passe sur le corps. Shock, douleurs vives ; distension de l'abdomen qui est mat sur les flancs. Signes d'hémorrhagie interne.

Treize heures après l'accident, laparotomie ; ablation de 2 pintes de sang épauchi dans la cavité péritonéale. Rupture de la rate avec fracture des 8^e et 9^e côtes gauches. Excision de la rate ; lavage du péritoine. *Mort* dans la soirée de suites du shock. (CROFT. *In Mac Cormac s. Monogr. Brit med. J.*, 14 mai 1887, p. 1087.) (SIEUR, *loc. cit.*).

OBSERVATION n° 80. — *Rupture de la rate.*

Jeune fille de onze ans, fait une chute de vingt pieds et se contusionne le côté gauche du ventre.

Vingt heures après, l'état de l'enfant paraissant favorable pour tenter une intervention, on fait la laparotomie. Cavité péritonéale remplie de sang dont on enlève environ 1 pinte. Déchirure du rein gauche que l'on enlève.

L'écoulement du sang persistant, un examen rapide montre qu'il provient d'une déchirure de la rate. Isolement du hile que l'on saisit avec une pince et que l'on lie. Ablation de la rate. *Mort* de shock, neuf heures après. (WEIR, *New-York med. J.*, 30 mars 1889, p. 358) (SIEUR, *loc cit.*

L'intervention dans ces deux cas a été pratiquée assez précocement puisque l'une a été faite treize heures après l'accident, l'autre vingt heures après ; mais l'hémorrhagie est si violente dans les déchirures et fracas de la rate qu'il serait nécessaire de laparotomiser une heure après l'accident, plus tôt si l'on pouvait.

La splénectomie pratiquée dans les deux cas n'a amené aucun résultat heureux.

OBSERVATION 81. — *Rupture de la rate.*

Homme, 57 ans, contusion du ventre par le timon d'une charrette Collapsus suivi des symptômes d'une hémorrhagie interne. Ventre distendu et mat dans les flancs.

Vingt-neuf heures après, laparotomie ; épanchement de sang noir dans la cavité péritonéale ; déchirure de la rate et fractures de côtes ; ablation du sang, irrigation soigneuse et drainage du péritoine enflammé. *Mort* le troisième jour. A l'autopsie on trouve également une déchirure intra-péritonéale du rein. (MICKELLOZ *In Mac Cormacs Monogr. Brit. med.* F. 14 mai 1887, p. 1037. (SIEUR *loc. cit.*)

Il y avait concomitance de lésion, déchirure de la rate et du rein ; quand on est intervenu il y avait épanchement de sang, hémorrhagie interne, qui amena la mort du malade.

OBSERVATION n° 82. — *Déchirure de la rate.*

Enfant de 14 ans, tombe sur un rail et se heurte le ventre au niveau de l'ombilic. Syncope de courte durée ; l'enfant revenu à lui se rend à pied chez ses parents et parcourt ainsi une distance d'un demi mille. Le lendemain il vient se faire panser à l'hôpital et retourne à pied chez lui. Dans la nuit, selle normale ; bientôt après, douleurs intenses dans le ventre, surtout au niveau de l'hypochondre gauche. Péritonite.

Le matin du troisième jour, on pratique une laparotomie. Cavité péritonéale enflammée et pleine de sang ; ablation du sang épanché et nettoyage complet du ventre.

Amélioration d'abord très marquée, atténuation des symptômes péritonéaux qui reprirent bientôt le dessus et causèrent la *mort* de l'enfant.

A l'autopsie, déchirure de la rate. (PAGE, *Clin. Soc. Frans* ; vol. XXV ; p. 483, 1892) (SIEUR, *loc. cit.*).

Le blessé meurt d'hémorrhagie interne et de péritonite ; l'intervention pouvait difficilement donner un résultat heureux, pratiquée qu'elle était, trois jours après l'accident.

OBSERVATION N^o 83. — *2 cas de rupture de la rate suivis d'hémorrhagie abondante.*

Mort malgré la laparotomie. (ARBUTHNOT *Lasse Clin. Soc. of Lund.*, 11 mars 1892. (SIEUR *loc. cit.*).

OBSERVATION N^o 84. — *Rupture de l'urètre et du colon ascendant.*

Coup de pied de cheval dans la région du flanc droit. Laparotomie ; suture de l'intestin rompu et néphrectomie.

Guérison (CHAPUT. *Bull. et mém. Soc. chir.* 1889, XV, p. 202, 208.)

C'est dix jours après l'accident que fut faite la laparotomie pour une tumeur siégeant dans le flanc droit. On sutura le cæcum qui était perforé. Il restait une fistule urinaire que la néphrectomie seule pratiquée un mois après par M. le Docteur Chaput en présence de M. le docteur Tuffier fit seule disparaître.

Le 30 octobre, deux mois et demi après l'accident, le malade est guéri.

OBSERVATION N^o 85. — *Perforations de la vessie.*

Charretier, âgé de 22 ans. Le blessé est amené le 27 août. L'opération a lieu le lendemain matin avec l'aide de M. Gauchet, interne de service. Incision exploratrice large. Résection large des fragments pubiens. Suture soignée des deux perforations vésicales. Réunion parfaite. *Guérison* sans incident. La résection du pubis n'a amené aucune gêne de la marche. (MICHAUX. *Mémoire à la Société de Chirurgie*, 1895).

OBSERVATION n^o 86. — *Perforation de la vessie.*

(Celle observation nous a été gracieusement offerte par M. le docteur LEJARS.)

Le 28 mai 1893, à une heure, de l'après midi rentre à l'hôpital Beaujon le nommé Mathé François, âgé de 36 ans, journalier, qui est tombé, dit-il, dans le fossé des fortifications dans la matinée. Il était en état d'ivresse.

Il éprouve une douleur très accusée à la région lombaire, douleur qui s'irradie à tout le côté droit, pas de fractures de côtes.

Le malade a de l'hypothermie. La papille droite est légèrement dilatée et la bouche semble déviée à gauche et l'œil gauche s'ouvre assez difficilement. Insensibilité des quatre membres que le malade remue facilement.

Le blessé a sa connaissance et répond bien aux questions qu'on lui pose.

Dans la soirée du même jour on sonde le malade qui n'avait pas encore uriné et on retire environ deux cents grammes d'urine claire.

A noter quelques vomissements surtout alimentaires.

Le lendemain au matin ces vomissements sont fécaloïdes et le malade raconte ne pas avoir été à la selle depuis le 26 mai.

Le ventre est ballonné, douloureux à la pression, mais il n'y a pas de douleur nettement accusée et limitée à la fosse iliaque droite.

Le pouls est irrégulier, 84 pulsations.

Dans l'après-midi M. Lejars fait la laparotomie. Il trouve une grande quantité de sang noir dans le ventre. Aucune lésion de l'intestin n'est trouvée. Mais il y a petite perforation de la vessie. On en fait la suture. Toilette du petit bassin. On met un mickulics. L'opéré meurt dans la nuit.

OBSERVATION n^o 87. — *Perforation de la vessie.*

Garçon de 7 ans renversé par une voiture. Le cheval a dû marcher sur le ventre du patient. Nausées ; vomissements ; urines rares, sanglantes. Intervention le 3^e jour. Laparotomie : cavité de Retzius distendue par de l'urine purulente ; péritoine perforé par fracture du bassin ; agglutinement des anses intestinales formant au-dessus de la

vessie rompue longitudinalement et retractorée, une poche remplie d'urine purulente. Péritoine noir, incrusté de sels.

Lavages quotidiens de la cavité abdominale avec une solution de zinc et de sublimé. Pas de sonde à demeure ; pas de suture. Drainage antérieur. Après 15 jours, première émission spontanée d'urine ; 10 jours après, urines normales, plaie cicatrisée. Suites éloignées : calculs vésicaux de 3 et 6 mois après. *Guérison*. (Rose, *Berlin Klin. Wochens*, décembre 1890).

RELEVÉ DES OBSERVATIONS DE LAPAROTOMIE POUR CONTUSION DE L'ABDOMEN

Les quatre-vingt-sept observations de contusion de l'abdomen, que nous relatons en notre thèse se divisent :

A — Cinq observations sans intervention ;

B — Quatre-vingt-deux observations suivies d'intervention ;
ces dernières se subdivisent en :

1° En contusions d'organes contenus dans la cavité abdominale sans aucune rupture.

2° En déchirures d'un organe ou de plusieurs.

Voici un tableau des laparatomies pratiquées en cas de contusions ou de déchirures des divers organes que renferme l'abdomen.

Nous indiquons la nature de la lésion, quel espace de temps s'est écoulé entre l'accident et l'intervention, et le résultat obtenu par l'opérateur.

1^o CONTUSIONS DU PÉRITOINE

DATE DE L'INTERVENTION	RÉSULTAT
Quarante-deux heures après l'accident	guérison
Le septième jour après l'accident	—

2^o CONTUSION DE L'ÉPIPLOON

Quelques heures après l'accident.	guérison
-----------------------------------	----------

3^o CONTUSION SIMPLE DE L'INTESTIN SANS DÉCHIRURE

VARIÉTÉ DE RUPTURES	DATE DE L'INTERVENTION	RÉSULTAT
Double contusion du duodénum et du côlon.	8 h. après l'accident	guérison
Contusion de l'épiploon et de l'intestin.	3 ^e jour —	guérison
Contusion du jejunum (plaques noirâtres sphacélées sur la dernière portion du jejunum.	3 ^e jour —	mort
Contusion du méso-côlon et de la moitié droite du pancréas.	3 ^e jour —	mort

COMMOTIONS VIOLENTES DE L'ABDOMEN SANS CONTUSION D'ORGANES

Une première.	2 j. 1/2 —	guérison
Une deuxième.	4 jours —	mort

DÉCHIRURES DU MÉSENTÈRE

	1 h. 1/2 —	guérison
	10 h. 1/2 —	guérison
	18 h. —	guérison
Déchirure du méSENTÈRE en un point correspondant de l'intestin grêle contusionné.	22 h. —	mort

RUPTURES DE L'INTESTIN

Ruptures multiples de l'intestin grêle.	1 h.	après l'accident	guérison
Rupture du jéjunum.	8 h.	—	mort
Rupture de l'iléon.	9 h.	—	guérison
Rupture du cæcum.	10 h.	—	guérison
Rupture de l'intestin grêle.	11 h.	—	guérison
Rupture du côlon.	13 h.	—	guérison
Rupture du jéjunum et de l'iléon.	15 h.	—	guérison
Rupture de l'intestin grêle.	16 h.	—	guérison
Rupture de l'intestin grêle.	16 h.	—	mort
Double rupture de l'intestin grêle.	16 h.	—	mort
Rupture de l'iléon et déchirure du mésentère.	18 h.	—	guérison
Rupture de l'intestin grêle.	20 h.	—	mort
Déchirure complète du jéjunum à peu de distance du duodénum.	20 h.	—	mort
Rupture complète de l'intestin grêle.	20 h.	—	mort
Rupture totale d'une anse intestinale grêle.	21 h.	—	mort
Rupture de l'intestin grêle.	22 h.	—	mort
Rupture de l'intestin grêle.	23 h.	—	mort
Rupture d'une anse intestinale détachée de son mésentère.	23 h.	—	mort
Rupture du côlon transverse.	24 h.	—	mort
Rupture de l'iléon (1 centimètre).	24 h.	—	mort
Rupture de l'intestin grêle.	25 h.	—	guérison
Rupture de l'iléon.	27 h.	—	mort
Rupture complète de l'intestin grêle. (Déchirure en même temps d'une veine du mésentère).	28 h.	—	mort
Rupture de l'iléon.	30 h.	—	mort
Rupture de l'iléon et du point correspondant du mésentère.	30 h.	—	mort
Perforation du duodénum.	36 h.	—	mort

Rupture de l'iléon.	41 h.	—	mort
Rupture de l'intestin grêle sur sa demi circonférence.	48 h.	—	mort
Rupture de l'iléon.	72 h.	—	guérison
Rupture de l'iléon.	73 h.	—	mort
Rupture de l'iléon.	75 h.	—	mort
Rupture complète du duodénum et partielle du jejunum.	60 h.	—	mort
Rupture de l'intestin grêle.	3 ^e jour	—	guérison
Rupture complète de l'iléon et déchirure de l'épiploon.	4 ^e jour	—	mort
Rupture de l'intestin grêle	4 ^e jour	—	mort
Rupture de l'intestin grêle.	4 ^e jour	—	mort
Rupture du duodénum.	7 ^e jour	—	mort
Rupture du cæcum.	7 ^e jour	—	guérison
Rupture de l'intestin grêle.	25 jours	—	guérison

DÉCHIRURES DU FOIE ET DES VOIES BILIAIRES

VARIÉTÉ DES DÉCHIRURES	DATE DE L'INTERVENTION	RÉSULTATS
Déchirure peu profonde de la face inférieure du lobe gauche du foie.	4 h. après l'accident	guérison
Déchirure du foie.	6 h. —	guérison
Déchirure très profonde du lobe droit du foie.	15 h. —	mort
Déchirure de trois pouces de long à la partie inférieure du foie.	20 h. —	guérison
Déchirure du foie placée sous la partie latérale droite de la vésicule biliaire.	26 h. —	mort
Déchirure du foie.	26 h. —	mort
Déchirure du foie et rupture de l'intestin.	26 h. —	mort
Déchirure du foie.	28 h. —	mort
Déchirure du foie s'étendant de la face supérieure à l'inférieure et mesurant de 3 à 4 pouces consistant d'une blessure du rein droit.	29 h.	mort

Déchirure du foie.	48 h.	—	mort
Déchirure du foie.	3 ^e jour	—	mort
Déchirures multiples du foie.	Du 15 au 20 ^e jour	—	mort
Rupture intra capsulaire du foie avec kystes consécutifs.	20 ^e jour		guérison au bout de 5 mois
Rupture probable du foie et abcès consécutifs.	20 ^e jour	—	mort

VOIES BILIAIRES

Rupture de la vésicule biliaire.	10 ^e jour	—	mort
Rupture du foie ou des voies biliaires.	14 ^e jour	—	guérison
Rupture des voies biliaires.	17 ^e jour	—	guérison
Rupture des voies biliaires.	34 ^e jour	—	guérison
Rupture de la vésicule biliaire.	34 ^e jour	—	guérison

DÉCHIRURES DE LA RATE

VARIÉTÉ DES DÉCHIRURES	DATE DE L'INTERVENTION	RÉSULTATS
Rupture de la rate avec fracture des 8 ^e et 9 ^e côtes gauches.	13 h. après l'accident	mort
Déchirures de la rate.	20 h. —	guérison
Déchirure de la rate (en même temps déchirure du rein gau- che.)	29 h. —	mort
Déchirure de la rate et fractures des côtes.	29 h. —	mort
Déchirures de la rate.	3 ^e jour —	mort
Deux cas de rupture de la rate.	Inconnu	mort dans les 2 cas

DÉCHIRURES DU PANCRÉAS

Rupture du pancréas et de la veine splénique.	12 heures après l'accident.	mort.
---	-----------------------------	-------

VOIES URINAIRES. DÉCHIRURES

URETÈRE

VARIÉTÉS DES DÉCHIRURES	DATE DE L'INTERVENTION	RÉSULTAT
Rupture de l'urètre et du côlon ascendant.	Dix jours après fermeture du cæcum.	guérison.

VESSIE

Deux perforations vésicales	14 h. après l'accident.	guérison.
Perforation de la vessie.	26 h. —	mort.
Rupture de la vessie.	3 jours —	guérison.

STATISTIQUE

Sur quatre-vingt deux observations pour contusions de l'abdomen, il y a eu comme résultat brut de l'intervention :

*34 guérisons ;
48 décès ;
Soit 58 pour 100 de mortalité.*

Mais si nous examinons nos tableaux de plus près, et que nous adoptions comme terme maximum à l'intervention la vingtième heure, voilà comment se décomptent nos faits :

*17 guérisons ;
6 décès ;
Soit à peu près 20 pour 100 de mortalité.*

Au contraire, si nous prenons en considération toutes nos observations où la laparatomie a été faite au plus tôt dès la vingtième heure après le traumatisme voilà quelle est la statistique.

*Cinquante-neuf interventions ;
16 guérisons ;
43 morts ;
Soit une mortalité de 75 pour 100.*

Cette mortalité très élevée est due à la temporisation habituellement suivie.

CONCLUSIONS

1° La fréquence des contusions de l'abdomen compliquée de lésions viscérales est assez grande en pratique civile pour que l'intervention soit jugée nécessaire.

2° Le plus souvent, il est impossible d'établir un diagnostic surtout quand il s'agit des lésions de l'intestin.

3° L'intensité du traumatisme, quoique non absolue, une douleur nettement localisée sont les seuls signes qui serviront généralement de guide au chirurgien.

4° La petitesse du pouls, une température légèrement croissante, l'anxiété du malade et les vomissements ne sont constants qu'au début des accidents de la péritonite dont on doit éviter l'apparition.

5° L'intervention chirurgicale aura en effet d'autant plus de chances de réussir qu'elle sera précoce. Elle sera conduite le plus rapidement possible.

6° L'intervention décidée, la laparotomie sera médiane, si faire se peut ; sinon elle aura lieu au point contus, à cause de la localisation des lésions.

7° Les résultats de l'intervention précoce sont de beaucoup supérieurs à ceux de l'abstention puisque la mortalité de 97 pour 100 tombe à 20 pour 100.

8° Ils sont aussi préférables à ceux de la temporisation, attendu que la léthalité dans les interventions pratiquées seulement dès la vingtième heure est de 75 pour 100 alors que nous venons de le voir, elle est de 20 pour 100 dans les laparotomies précoces.

9° Dans la plupart des cas de mort après laparotomie, l'inter-

vention a été tardive et le blessé a été souvent opéré en pleine péritonite.

10^e Pratiquée dans les conditions voulues, en suivant rigoureusement les règles de l'asepsie et de l'antisepsie, les inconvénients de la laparotomie sont presque nuls.

Vu : le Doyen :

P. BROUARDEL.

Vu le président de la thèse,

TILLAUX.

Vu et permis d'imprimer,

Le Vice-recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

